

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1935

**THÈSE**

POUR LE

N<sup>o</sup>

**167**

**DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

**René CARRIÈRE**

Né le 11 Octobre 1909 à Relizane (Oran)

---

**CONTRIBUTION**

**A**

**L'ÉTUDE DES CÉPHALÉES**

**CHEZ LES DYSPEPTIQUES**

**(migraine exceptée)**

---

*Président : M. CARNOT, Professeur.*

---

---

**PARIS**

**LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ**

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—  
1935

761

THÈSE  
POUR LE DOCTORAT  
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1935

**THÈSE**

N°

POUR LE

**DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

**René CARRIÈRE**

Né le 11 Octobre 1909 à Relizane (Oran)

---

**CONTRIBUTION**

**A**

**L'ÉTUDE DES CÉPHALÉES**

**CHEZ LES DYSPEPTIQUES**

**(migraine exceptée)**

---

*Président : M. CARNOT, Professeur.*

---

---

**PARIS**

**LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ**

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

# LE DOYEN : G. ROUSSY

## I. — PROFESSEURS

|                                                                     |                    |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------|
|                                                                     | MM.                |
| Anatomie .....                                                      | ROUVIERE.          |
| Physiologie .....                                                   | Léon BINET.        |
| Physique médicale .....                                             | STROHL.            |
| Chimie médicale .....                                               | DESGREZ.           |
| Bactériologie .....                                                 | Robert DEBRE.      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                  | BRUMPT.            |
| Pathologie médicale et générale .....                               | BAUDOUIN.          |
| Pathologie chirurgicale .....                                       | CHEVASSU.          |
| Anatomie pathologique .....                                         | ROUSSY.            |
| Histologie .....                                                    | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale .....                             | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique .....                                                 | LOEPER.            |
| Hygiène et médecine préventive .....                                | TANON.             |
| Médecine légale .....                                               | BALTHAZARD.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                    | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                          | FIESSINGER.        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                      | Maurice VILLARET   |
| Clinique médicale .....                                             | { BEZANÇON.        |
|                                                                     | { CARNOT.          |
|                                                                     | { CLERC.           |
|                                                                     | { Marcel LABBE.    |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                    | LEREBoullet.       |
| Clinique des maladies des enfants .....                             | NOBECOURT.         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..... | H. CLAUDE.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....               | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                      | GUILLAIN.          |
| Clinique des maladies infectieuses .....                            | LEMIERRE.          |
| Clinique chirurgicale .....                                         | { CUNEO.           |
|                                                                     | { GOSSET.          |
|                                                                     | { GREGOIRE.        |
|                                                                     | { LENORMANT.       |
| Clinique ophtalmologique .....                                      | { TERRIEN.         |
| Clinique urologique .....                                           | { MARION           |
| Clinique d'accouchements .....                                      | { BRINDEAU.        |
|                                                                     | { COUVELAIRE.      |
|                                                                     | { JEANNIN.         |
| Clinique gynécologique .....                                        | PROUST.            |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....                 | OMBREDANNE.        |
| Clinique thérapeutique médicale .....                               | RATHERY.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologie .....                               | LEMAITRE.          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                           | Pierre DUVAL.      |
| Clinique propédeutique .....                                        | SERGENT.           |
| Clinique de la tuberculose .....                                    | N...               |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....                | { MATHIEU.         |
|                                                                     | { HOVELACQUE.      |
| Professeurs sans chaire .....                                       | { MULON.           |
|                                                                     | { OLIVIER.         |
|                                                                     | { VERNE.           |



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

### MM.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.  
 BERNARD (E) Pathologie médicale.  
 BOULIN..... Pathologie médicale.  
 BULLJARD..... Histologie.  
 CATHALA..... Pathologie médicale.  
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.  
 DOGNON..... Physique.  
 FEY..... Urologie.  
 GALLIARD..... Parasitologie.  
 GASTINEL..... Bactériologie.  
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie  
 chirurgicale.  
 GAYET..... Physiologie.  
 GIROUD..... Histologie.  
 HAGUENEAU... Pathologie médicale.  
 HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.  
 HAZARD..... Pharmacologie.  
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique  
 JOANNON..... Hygiène.  
 LABBE (Henri). Chimie biologique.  
 LACOMME..... Obstétrique.  
 LANTUEJOUL. Obstétrique.

### MM-

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale  
 LEMAIRE.... Pathologie expérimentale.  
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale  
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.  
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.  
 MOREAU..... Pathologie médicale.  
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale  
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.  
 OBERLING.... Anatomie pathologique  
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale  
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.  
 PORTES..... Obstétrique.  
 RICHEL..... Physiologie.  
 SANNIE..... Chimie biologique.  
 SENEQUE..... Pathologie chirurgicale  
 TROISIER.... Pathologie expérimentale  
 TURPIN..... Pathologie médicale.  
 VIGNES..... Obstétrique.  
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

### MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale  
 BUSQUET..... Pharmacologie.  
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

### MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique  
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.  
 ZIMMERN..... Physique.

#### IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.  
 ABRAMI ..... Clinique médicale.  
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.  
 AUBERTIN..... Clinique médicale.  
 BRULE ..... Clinique médicale.  
 CHABROL ..... Clinique médicale.  
 CHIRAY ..... Clinique médicale.  
 DONZELOT .... Clinique médicale.  
 DUVOIR ..... Clinique médicale.  
 HARVIER..... Clinique médicale.  
 LIAN ..... Clinique médicale.  
 VALLERY-RADOT  
 (Pasteur) .... Clinique médicale.  
 SEZARY ..... Clinique médicale.

MM.  
 BASSET ..... Clinique chirurgicale.  
 BROCC ..... Clinique chirurgicale.  
 CADENAT ..... Clinique chirurgicale.  
 GATELLIER .... Clinique chirurgicale.  
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.  
 MOCQUOT ..... Clinique chirurgicale.  
 MOURE ..... Clinique chirurgicale.  
 QUENU..... Clinique chirurgicale.  
 SCHWARTZ .... Clinique chirurgicale.  
 VELTER ..... Clinique chirurgicale.

MM.  
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.  
 LE LORIER ..... Clinique obstétricale.  
 LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.  
 METZGER..... Clinique obstétricale

#### V. — CHARGÉS DE COURS

MM.  
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.  
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.  
 WEILL-HALLE ..... Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE  
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS  
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui m'a fait le grand honneur  
d'accepter la présidence de cette thèse.  
Respectueux hommage.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUET  
MÉDECIN DE L'HOPITAL AMBROISE PARÉ

*Qui m'a inspiré le sujet de cette  
thèse et toujours aidé de ses conseils,  
que ce travail soit pour lui un témoi-  
gnage de ma reconnaissance et une  
preuve de mon sincère attachement.*

## A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur ACHARD,  
Monsieur le Professeur HARTMANN,  
Monsieur le Professeur NOBÉCOURT,  
Monsieur le Docteur PAGNIEZ,  
Monsieur le Docteur LAPOINTE (*in memoriam*),  
Monsieur le Docteur SAUVÉ,  
Monsieur le Docteur JACQUET,  
Monsieur le Docteur GARCIN,  
Monsieur le Docteur LÉVESQUE,  
Monsieur le Docteur LEMELAND.



## INTRODUCTION

---

Nous avons observé de façon suivie, dans une consultation d'hôpital et dans un dispensaire, les malades venant consulter pour des troubles digestifs et nous avons été frappé par la fréquence des troubles céphalalgiques existant chez les dyspeptiques.

Indépendamment du syndrome migraineux constitutionnel, égarant parfois certains malades dans une consultation de gastro-entérologie, mais assez facilement différencié par ses caractères très spéciaux, la céphalée se présente, au contraire, comme un symptôme électif. Il ressort tout particulièrement de certaines affections digestives à l'exclusion d'autres, à tel point qu'il possède dans une certaine mesure, une valeur indicative vis-à-vis de ces affections. Quasi constante dans les cholécystites chroniques non lithiasiques, si fréquentes à l'heure actuelle, et qu'ont décrites MM. Chiray et Semelaigne; très commune également dans les syndromes dyspeptiques, répondant au type classique de l'hyperchlorhydrie, pouvant relever de causes diverses (ulcus, pyloro-duodénites

inflammatoires, cholécystites) ; la céphalée s'observe assez souvent de plus au cours de syndromes neurotoniques variés (syndromes sympathicotonique, solarite), liés aux affections digestives et conditionnés par ces affections.

Il nous a semblé, dans cette étude purement objective et clinique, que l'on pouvait isoler certains types de céphalées, susceptibles de se superposer eux-mêmes à certains types dyspeptiques.

C'est à l'étude clinique de ces céphalées, basée sur l'interrogatoire du malade et sur le diagnostic gastro-entérologique aussi précis que possible, que nous consacrons le présent travail.

---

## HISTORIQUE

---

Dans cette partie de notre travail, nous n'avons pas la prétention de relater tous les travaux et toutes les publications traitant de la céphalée ; notre but est beaucoup plus modeste, aussi ne nous occuperons nous ici que des ouvrages présentant un rapport direct avec notre étude. Cependant, et nous nous en excusons, nous aurons à parler des migraines ; et dans le cours de cet historique nous employerons souvent, en les confondant, les termes de céphalée et de migraine. Cette confusion est d'ailleurs le fait de nombreux auteurs, et nous essayerons, par la suite, de définir exactement ces deux termes et par là même de les situer dans le cadre des maux de tête.

### **a) Période ancienne**

Au début de la période classique nous trouvons deux séries de travaux. L'une ne concerne que la céphalée, symptôme isolé ; l'autre, la migraine, céphalée s'accompagnant de troubles viscéraux. La

première ne nous intéresse guère, les auteurs considèrent le mal de tête en lui-même, ils lui attribuent une origine cranienne et leurs recherches portent uniquement sur le mécanisme physio-pathologique présidant à son apparition. Tels sont les travaux de Tissot, Romberg, Dubois-Reymoud, Mollendorf et bien d'autres.

Plus instructifs sont pour nous les ouvrages sur les migraines. Constatant la présence de céphalée aux cours d'affections diverses, une classification est établie et autant d'affections donnent autant de syndromes migraines.

Ainsi trouvons nous, décrites par De Fajole, des migraines sensorielles, stomacales, utérines, phéthroriques, diathésiques et traumatiques. Nous remarquons qu'il n'est question que de céphalée stomacale et, de tout le tractus digestif, seul l'estomac est en cause ; et De Fajole, s'appuyant du traité de Chomel, nous invite à rechercher la cause du mal de tête hors de la tête, et avant tout dans l'estomac. Il ne donne aucun caractère spécial à cette céphalée, elle peut se montrer avec tous ses degrés d'intensité, depuis la simple pesanteur, jusqu'à la plus violente douleur, accompagnée de vomissements, d'horreur du bruit et de la lumière ; et les dyspepsies en sont la cause la plus fréquente.

Quelque temps plus tard, Mégrin propose une nou-

velle classification des migraines. Il néglige les troubles organiques et centre sa description sur le mal de tête, qu'il divise en quatre types. Le premier est formé de céphalée unilatérale, de nausées et cède ausommeil, la seconde est la migraine proprement dite — *sick headache* —; la douleur naît dès le réveil, s'accroît dans la journée et à son acmé surviennent des nausées et des vomissements, un caractère spécial à ce type c'est une migraine héréditaire. Le troisième n'est que le précédent augmenté de troubles visuels et au quatrième il ajoute des désordres nerveux divers. Cette description englobe en résumé toutes les céphalées accompagnées de nausées et de troubles nerveux, c'est-à-dire des maux de tête d'origines très diverses, et Lasègue ne semble pas l'accepter. Il critique la confusion qui fait ranger sous une même étiquette des syndromes différents; la division à l'extrême du syndrome migraine lui paraît trop commode et il remet de l'ordre et de la clarté. Il y a, dit-il, céphalée et migraine, cette dernière est parfaitement définie, c'est une névrose survenant par accès, durant de six à quarante-huit heures; précédée de prodromes, elle apparaît le matin, après une nuit d'incubation constituée d'abord par une hémicranie légère qui s'étale, diffuse, s'accroît; à l'acmé de la douleur des vomissements se produisent, qui ne calment pas la céphalée; le soir, le sommeil est impérieux, et après une nuit tout

malaise a disparu. Tout ce qui n'entre pas dans ce cadre n'est pas de la migraine et à Lasègue encore nous empruntons ces quelques lignes :

« Cette confusion souvent reproduite entre la né-  
« vrose migraine et les névropathies à manifestations  
« aventureuses a de fâcheuses conséquences. Elle  
« habitue le médecin à élargir outre mesure les défi-  
« nitions de la migraine et par suite à obscurcir le  
« diagnostic différentiel. On finit par voir des migraines  
« atténuées, déviées, transformées, qui deviennent  
« des vues de l'esprit plus ingénieuses que solides » ;  
et plus loin il ajoute : « Nous avons dans la migraine  
« une unité pathologique, le mieux est de nous y  
« tenir ». Ainsi Lasègue fait table rase des descrip-  
tions des migraines, mais de la céphalée banale que  
dit-il ? Très peu de choses, sinon que leur origine n'est  
pas dans la tête et pour appuyer son affirmation il  
établit un parallèle entre la céphalée et les palpita-  
tions de cœur, et pas plus que ces dernières ne relè-  
vent d'une altération du muscle cardiaque, la cépha-  
lée ne relève d'une altération de la tête. Certes l'auteur  
va un peu loin et nous savons qu'il existe des maux  
de tête d'origine cérébrale, par exemple, mais malgré  
la part d'exagération un point reste acquis, à savoir  
qu'il se trouve des céphalées d'origine extra-cranienne.

Dès ce moment, les travaux se précisent et Coutaret  
donne une description des céphalées dyspeptiques.

Les douleurs de tête peuvent précéder de longtemps les troubles dyspeptiques. Il note quelques caractères spéciaux à ces céphalalgies : chez les dilatés, par exemple, elle est accompagnée d'endolorissement de la région oculaire, de photophobie, de persistance anormale des sensations colorées ; dans les dyspepsies, il observe l'association avec le vertige qui était considérée jusque là comme consécutif à la vacuité de la poche gastrique.

Puis Auerbach consacre un chapitre de son traité des céphalées, aux causes digestives. Il classe la céphalée suivant les troubles fonctionnels auxquels elle semble liée, et individualise le mal de tête accompagné de vertiges, calmé par l'ingestion d'aliments, survenant au cours du catarrhe aigu et du catarrhe chronique. Une forme clinique : la céphalée des dyspepsies hyperacides, celle-ci précédant le vomissement, qui la calme. Pour ce qui est de la gastro-entéroptose, l'auteur la fait entrer avec la dyspepsie nerveuse dans le cadre de la neurasthénie générale, elle est donc accompagnée d'hémicranie, mais celle-ci relève plus de l'asthénie que de la ptose. Enfin, accessoirement il note la céphalalgie chez les constipés chroniques, surtout chez la femme, et au cours des ictères prolongés, quelle que soit leur genèse.

Ainsi peu à peu, on découvre la céphalée, mais son origine demeure toujours très imprécise. Leven va

donner un nouvel essor à la question des migraines digestives. Il admet que la migraine est provoquée par une excitation du sympathique cervical ; ce rôle du sympathique avait d'ailleurs déjà été envisagé par Dubois Reymond. Il explique également la dyspepsie par une hyperesthésie du plexus solaire, dès lors tous les troubles observés se ramènent à une origine commune : la névrose du sympathique. Commentant ces données, M. Bardet, explique la céphalée au cours des entéroptoses, cette dernière par excitation du plexus solaire déclancherait la migraine. Par contre, il ne croit pas qu'à l'origine de la dyspepsie se trouve un disfonctionnement gastrique, c'est l'hyperesthésie sympathique qui provoque les désordres de l'estomac, cette hyperesthésie pouvant elle-même relever de troubles de la fonction hépatique. Ce n'est là qu'une hypothèse, mais combien grosse de conséquences, puisque dès ce moment les auteurs vont s'attacher à élucider le rôle de la fonction hépatique dans ces rapports avec la crise migraineuse.

#### **b) Période contemporaine**

Après les recherches sur l'anaphylaxie alimentaire de MM. Ch. Richet fils et Saint Giron, puis celles de Vidal, M. Abram sur l'hémoclasie digestive et les fonctions protéopexiques du foie ainsi que leur application

aux migraines par MM. Paquiez, Pasteur Valléry Radot, M. Nast aborde le premier le sujet dans sa thèse. Il décrit la crise de migraine sur laquelle nous ne reviendrons pas, cette description étant celle de la migraine vraie, telle que la concevait Lasègue. Mais il précise les troubles digestifs concomitants ; au moment de la crise, il note un foie douloureux ou une région épigastrique sensible, ou un colon descendant et un coecum également douloureux s'il existe de la constipation. En dehors des crises il ne trouve rien, sinon que le migraineux est un gros mangeur, tachyphagique, souvent constipé et présentant des troubles gastro-intestinaux divers. Il nous propose un traitement simple : ingestion d'une petite quantité de peptone avant le repas, celle-ci lui paraissant jouer un rôle de désensibilisatrice. La migraine serait une manifestation anaphylactique, dont un trouble hépatique serait responsable.

M. Chiray, pratiquant des tubages duodénaux, et étudiant l'action cholécystocinétique du sulfate de magnésie porté directement au niveau du duodénum, constate le rôle sédatif de cette thérapeutique dans certaines migraines. En collaboration avec M. Triboulet, l'auteur propose une nouvelle étiologie aux migraines digestives, à savoir : l'atonie vésiculaire. Ainsi se trouveraient expliqués les succès obtenus par M. Nast ; la peptone ingérée avant le repas n'agirait

pas en tant que désensibilisant, mais plutôt par ses vertus cholécystocinétiques.

Plus récemment, M. Tiprez, de Lille, reprend l'étude des migraines vésiculaires. L'auteur considère le syndrome *cholécystatonie* comme parfaitement défini et acquis, et décrit diverses formes de ces migraines.

La forme type est caractérisée par une céphalée intense, généralement hémicranienne, accompagnée d'asthénie, de troubles digestifs. Puis un ou plusieurs vomissements se produisent, contenant de grandes quantités de bile noire, épaisse, visqueuse. La céphalée est calmée par ce vomissement, l'asthénie persiste quelques heures et le sujet redevient dispos.

A cette forme type, l'auteur adjoint une variété, plus rare selon lui : la céphalée débute le matin, moins intense, et au bout de quelques heures, elle se calmerait spontanément par un vomissement.

Ce syndrome s'observe plus particulièrement chez les femmes, les asthéniques. Il procède par crises se renouvelant plusieurs fois dans le mois. Dans l'intervalle de ces crises, les sujets demeurent asthéniques, se plaignent de digestions lentes, et difficiles, et se révèlent souvent comme des colitiques.

Chez ces malades, l'examen montre les symptômes des ptosiques (?), la vésicule est souvent sensible à la palpation, qui provoque parfois un réflexe nauséeux ; mais elle n'est que rarement accessible à cette palpation.

Le diagnostic se fonde sur deux examens spéciaux : le tubage duodénal et la radiographie.

Le tubage, après injection de sulfate de magnésie, donne une bile *A* normale, une réponse vésiculaire souvent retardée, mais toujours formée de bile *B* épaisse, visqueuse, très foncée.

La radiographie est pratiquée après opacification de la vésicule par le tétraiodophénolphtaléinate de sodium. Une première cholécystographie est faite quinze heures après ingestion de la substance opaque, une seconde quatre heures après permet de comparer les clichés et de préjuger sur le degré de concentration de la bile vésiculaire. Enfin un troisième cliché est obtenu après ingestion de substances cholécystocinétiques — jaunes d'œufs crus et frais —. Cette dernière image montre une vésicule longue, pendante, avec un bas fond arrondi, globuleux et une partie moyenne étirée.

Ayant ainsi décrit la forme type, dont l'étiologie relève de l'atonie vésiculaire pure, M. Tiprez individualise une variété clinique caractérisée par des migraines violentes, des vomissements répétés, qui ne calment pas la céphalée. Le tubage présente quelques particularités : dès l'introduction de la sonde, on obtient une petite quantité de bile *B*, puis après injection de sulfate de magnésie, la réponse est analogue à celle du type précédent. Cette variété relève-

rait de l'atonie vésiculaire à laquelle s'ajouterait une irritabilité spéciale du cholécyste, ce qui expliquerait la violence des vomissements et surtout la persistance de la céphalée.

Le diagnostic différentiel doit s'attacher tout particulièrement à éliminer les migraines duodénales de MM. P. Duval et J. Ch. Roux et les migraines anaphylactiques de M. Diamond (à ce propos, l'auteur assimile à ces migraines, les céphalées par irritabilité vésiculaires, sans cholécystatonie). Ces deux types éliminés, on différencie facilement les autres migraines digestives : migraines des dyspepsies nerveuses, toutes les migraines anaphylactiques (?), celles des hypo et des hyperchlorhydriques, des colitiques et des constipés.

\*  
\* \*

Enfin nous signalerons la récente classification proposée par MM. J. Freidemwald et T. H. Marrison. Ces auteurs américains distinguent deux groupes de céphalées digestives. Le premier comprend les céphalées liées à une lésion organique du tube digestif et de ses annexes ; le second groupe les céphalées d'ordre fonctionnel.

Dans la première partie, les auteurs étudient :

— Les céphalées par stase duodénale de MM. P. Du-

val et Ch. Roux, de diagnostic radiologique, et passibles d'un traitement chirurgical.

— Les céphalées par stase intestinale : la constipation s'accompagne souvent de maux de tête et, à l'origine de cette stase seraient les diverses malformations coliques constatées à la radio : allongement et dilatation du colon ascendant et petits dolichocolons des colons transverse et sigmoïde.

— Les céphalées au cours des cholécystites : les auteurs constatent de la céphalée au cours de toutes les affections de la vésicule, et plus spécialement au cours des ictères prolongés d'origine biliaire. Puis ils analysent les travaux de M. V. Lyon, qui incrimine la stase vésiculaire dans la genèse d'un grand nombre de céphalées. Ces maux de têtes revêtent le type migraineux et surviennent chez des sujets asthéniques, constipés chroniques, et en proie à des troubles dyspeptiques banaux.

— Les céphalées au cours des affections gastriques et de l'appendicite, dans ces cas, la céphalée n'est qu'un épiphénomène et son diagnostic est celui de l'affection qui lui donne naissance.

Dans le second groupe des céphalées fonctionnelles, les auteurs rangent la céphalée des dyspepsies nerveuses — *gastric neurasthénia* —, céphalée d'origine nerveuse autant que digestive, qui mérite à peine d'être étudiée dans le groupe des céphalées digestives.

Puis ils réservent une large place à la migraine, et sous cette dénomination ils décrivent des syndromes voisins de ceux observés par M. Nast, dans sa thèse, et que M. Diamond a étudié au cours des insuffisances hépatiques. Les auteurs américains admettent cette origine, et pour eux ce syndrome serait justiciable de la thérapeutique désensibilisatrice.

A côté de cet exposé rapide des différentes formes de céphalées digestives, rapprochons la migraine oxalémique, décrite par M. Loeper. Ce type céphalalgique présente de curieuses analogies avec la migraine constitutionnelle de Lasègue. Cependant, les diverses manifestations de goutte oxalique qui l'accompagnent, l'en différencient nettement. Il peut s'agir, en effet, d'un syndrome céphalalgique isolé, ou concomittant à des troubles digestifs, se présentant sous un aspect de dyspepsie banale, ou de gastralgie, ou bien d'hémorragie. Mais bien vite, l'interrogatoire précise, chez ces malades, un passé émaillé d'accidents oxalémiques : arthralgies, névralgies, coliques néphrétiques ou lithiase sableuse ; de plus, les examens de laboratoire, fixeront cette étiologie spéciale, en révélant une oxalémie importante et une perturbation du rapport acide oxalique sanguin à acide oxalique urinaire.

\*  
\* \*

En résumé, nous voyons que les céphalées digestives, bien étudiées aujourd'hui, sont d'acquisition récente. Il semble que des divergences existent entre les descriptions des auteurs, mais ces divergences portent plus sur la terminologie, et alors que certains conservent au terme *migraine* la destination précise que lui attribuèrent Lasègue et M. Nast ; d'autres, étudient sous ce nom des syndromes divers, ne présentant plus que des rapports lointains avec cette entité nosologique. Et, par extension à l'infini d'un terme précis, la *migraine* est devenue *les migraines*, relevant d'étiologies multiples. Cette extension a de fâcheuses conséquences, puisque l'on voit maintenant décrire des migraines utérines, ovariennes, thyroïdiennes, hypophysaires, nerveuses, etc... aussi nous attacherons nous dans cette étude à remettre chaque terme à sa place, en essayant de dégager de *la migraine* des syndromes voisins, par l'analyse minutieuse des caractères propres à chacun d'eux.

---

## OBSERVATIONS CLINIQUES

---

### Observation I

*(Personnelle. Consultation du dispensaire).*

Mme X... 32 ans. — Cholécystite.

La malade vient nous consulter pour de fréquentes crises céphalalgiques. Celles-ci surviennent sans prodromes, brutalement, le matin au réveil.

C'est d'emblée une douleur violente, siégeant à droite, au-dessus et en arrière de l'œil. Son intensité croît très rapidement, réalisant à son acmé une sensation de martèlement continu, elle demeure strictement unilatérale, quoique une lourdeur envahisse tout le crâne.

Puis surviennent des nausées et parfois un vomissement abondant, de liquide bilieux ; ce vomissement, lorsqu'il se produit ne calme pas la céphalée. On note également, mais inconstamment des vertiges, des troubles visuels — points noirs devant la vue, et des troubles moteurs — engourdissement de tout le membre supérieur droit.

La violence de la céphalée oblige la malade à s'ali-

ter, fuyant le bruit et la lumière ; le repos et un comprimé d'aspirine calment un peu la céphalée et le soir l'alimentation est possible. Dans la nuit le sommeil est agité et le lendemain, au réveil, la céphalée reparaît. Elle présente les mêmes caractères que la veille, mais son intensité est beaucoup moindre et le repos au lit n'est pas nécessaire. Elle persiste ainsi, en s'atténuant, pendant trois jours et tout rentre dans l'ordre, mais pendant quelques jours la malade se sent fatiguée, sa tête lui semble vide et les pertes de mémoire sont fréquentes.

Ces crises se renouvellent toutes les trois semaines environ et ont débuté il y a deux ans, dans les années précédentes on ne note que deux crises analogues en dix ans.

La cause provocatrice de ces accès paraît être l'ingestion de viandes grasses en sauce, mais si les accès sont toujours précédés d'ingestion de ces aliments, l'ingestion de ces mets n'est pas toujours suivie de céphalée.

Pendant les crises la constipation est de règle et les matières sont moins colorées qu'à l'habitude.

On ne trouve pas d'antécédents héréditaires, aucun migraineux dans la famille.

*A l'examen* : de forts battements au creux épigastrique traduisent l'hyperexcitabilité du plexus solaire et la pression de la région vésiculaire réveille une douleur lors des inspirations profondes.

Une série de six injections d'urotropine est pratiquée, qui améliore tous les troubles ; nous revoyons la malade deux mois plus tard pour une nouvelle crise, une thérapeutique semblable à la précédente est instituée.

Nous n'avons plus revu la malade depuis ce temps.

## **Observation II**

*(Personnelle. Consultation du dispensaire).*

Mme C... Marie, 44 ans. Cholécystite.

Il s'agit d'une malade qui, depuis treize ans, se plaint de céphalée et de troubles digestifs vagues, ces troubles d'abord intermittents et peu accentués n'inquiétèrent pas la malade, mais depuis six mois ils prennent un caractère permanent et leur intensité s'est accrue.

C'est d'abord la céphalée qui ouvre la scène. Dans la nuit le sommeil est agité, coupé de cauchemars, vers deux ou trois heures du matin la malade est éveillée par une constriction vive siégeant dans la région sus-orbitaire droite ou gauche, en même temps qu'elle éprouve une sensation de sécheresse et d'amertume dans la bouche. Puis le sommeil revient, mais c'est plus un état de demi-conscience qu'un sommeil véritable. Au matin, la céphalée s'est accrue et les paupières closes, la malade perçoit des points noirs devant

les yeux. Dès le lever, la céphalée augmente encore, c'est alors une sensation d'élançements, de martèlement continu, très pénible, de la région sus-orbitaire. L'état général semble déficient, asthénie, courbatures ; des nausées surviennent, mais jamais de vomissement. L'estomac est bouché et l'alimentation est impossible.

Dans la matinée des douleurs apparaissent dans l'hypocondre droit ou dans la région épigastrique, sans irradiation ; le mal de tête persiste.

La nuit suivante le sommeil est plus calme, quoique toujours peuplé de cauchemars. Le lendemain un endolorissement général de toute la tête est le seul reliquat de la veille, mais les douleurs abdominales continuent durant la journée.

Pendant les trois ou quatre jours suivants, la malade est à peu près disposée et la même crise recommence. La constipation, de règle pendant la crise, persiste.

Les parents de la malade ne sont pas migraineux et elle-même ne connaissait pas le mal de tête avant ces treize années.

L'examen ne révèle qu'un point douloureux vésiculaire.

Nous instituons un régime, supprimant les viandes grasses, les œufs, le poisson, les graisses et les sauces et ordonnons chaque matin la prise d'un paquet de :

|                     |        |
|---------------------|--------|
| Sulfate de magnésie | 2 grs. |
| Peptone             | 3 grs. |

Pendant quelques jours les troubles s'atténuent, puis reparaissent et ne sont plus améliorés par cette thérapeutique ; nous pratiquons alors quatre injections intra-veineuses d'urotropine (1 gr. chaque jour). La céphalée disparaît totalement, mais les douleurs persistent au creux épigastrique.

### Observation III

*(Personnelle. Consultation du dispensaire).*

Mme C... Albertine, 44 ans. Cholécystite.

Depuis deux ans, la malade souffre de douleurs dans l'hypocondre droit et de maux de tête.

La céphalée débute insidieusement, le matin, et n'est jamais précédée de prodromes. Ce n'est d'abord qu'une simple gêne siégeant à droite et à gauche, dans la région temporo-malaire. Elle s'accroît progressivement et à son maximum réalise une constriction de la tête, qui semble être serrée dans un étau. Dans la matinée, des nausées surviennent, quelquefois des efforts de vomissement, mais jamais de vomissement vrai. Nous ne notons pas de troubles visuels.

Puis ce sont des douleurs lancinantes, siégeant dans l'hypocondre droit et irradiant dans le dos — point douloureux fixe au niveau de la colonne vertébrale — et vers l'épaule droite.

L'ingestion d'aliments, le repos étendu, la prise

d'aspirine, rien ne calme la céphalée et les douleurs.

Le soir tous les troubles s'amendent, et la nuit, le sommeil est calme. Mais la céphalée reparaît le lendemain et persiste ainsi durant quatre à cinq jours.

La constipation est habituelle.

Ces crises surviennent à des intervalles très variables, tantôt tous les deux mois — la plus longue accalmie a lieu à la belle saison — tantôt tous les quinze jours et même toutes les semaines. Le régime est sans influence sur elles.

La malade n'a jamais souffert de la tête dans son adolescence et elle ne connaît aucun migraineux dans sa famille.

*A l'examen* : l'abdomen est souple et nous ne trouvons qu'un point douloureux dans la région vésiculaire.

Nous pratiquons une série de dix injections intraveineuses d'urotropine, aucune réaction ne nous est signalée, la céphalée disparaît et depuis la malade est parfaitement dispose.

#### Observation IV

*(Personnelle. Consultation du dispensaire)*

Mme L... Madeleine, 49 ans. Cholécystite.

Il s'agit d'une malade qui depuis l'âge de 22 ans se plaint de l'estomac. Douleurs au creux épigastrique, plus ou moins vive, survenant sans horaire fixe, à n'im-

porte quel moment de la journée, mais plus souvent le matin. Leur apparition est irrégulière, capricieuse, tantôt tous les huit jours, tantôt tous les mois et durant de un à trois jours.

Outre ces douleurs, on note un fond permanent de constipation, de somnolence et de pesanteur post prandiale.

Depuis six mois, ces troubles se sont accrus. Les douleurs sont plus vives, plus fréquentes et sont maintenant accompagnées de céphalée, symptôme dont la malade ne s'était jamais plaint jusque là.

Cette céphalée survient tantôt brutalement, le matin, au réveil, donnant une sensation de martèlement de toute la tête dès le lever ; mais plus fréquemment, le début est insidieux, dans le milieu de la matinée. Ce n'est alors qu'une simple gêne, une lourdeur généralisée, un endolorissement de tout le crâne. Puis les régions temporales deviennent battantes et finalement à son acmé la céphalée réalise une constriction serrée des régions temporales accompagnée de martèlement sourd, extrêmement pénible.

Puis ce sont des nausées : « un état de mal au cœur intolérable » dit la malade, mais il n'y a jamais de vomissement. Parfois des troubles visuels surviennent, soit un voile devant les yeux, qui rend la lecture impossible, soit des points noirs, qui dès occlusion des paupières deviennent lumineux. Ces troubles senso-

riels persistent une ou deux heures et ne sont jamais accompagnés ou suivis de vertige ou d'étourdissements, mais la céphalée ne cède pas, et jusqu'au soir elle demeure, ainsi que les nausées. L'aspirine la calme assez facilement, mais le repos étendu, pas plus que l'ingestion alimentaire n'ont d'influence sur elle.

Le soir, le sommeil est généralement long à venir, mais il est profond, coupé par aucun rêve ; le lendemain, le réveil est brutal, la malade est asthénisée, obnubilée, la bouche est sèche et amère, la céphalée a disparu, mais elle reparaît dans la matinée, présentant les mêmes caractères que la veille.

Il en est ainsi, presque quotidiennement, durant deux ou trois semaines, puis une période d'accalmie survient, accalmie de durée variable.

Lors des périodes céphalalgiques, les douleurs épigastriques sont au maximum et la constipation est tenace, un léger amaigrissement est noté, mais aussitôt suivi d'une reprise de poids.

A l'examen, nous constatons une hypersensibilité de la région épigastrique et de violents battements aortiques. La pression de la région vésiculaire est très douloureuse et lors des inspirations profondes, la malade immobilise son thorax du fait de la grande intensité de la douleur.

Un examen radioscopique est pratiqué qui ne révèle aucune altération gastro-duodénale.

Nous instituons un traitement par injections intra-veineuses d'urotropine, nous revoyons la malade le douzième jour. La céphalée a totalement disparu, la constipation a cédé, les épigastralgies sont moins violentes, mais la pesanteur et la somnolence post-prandiale persistent.

### **Observation V**

*(Personnelle. Consultation du dispensaire)*

Mme S... Rustique, 38 ans. Cholécystite.

La malade a déjà été traitée il y a deux mois pour une cholécystite non lithiasique, ayant durée une dizaine de jours. Actuellement, elle souffre d'une façon presque continuelle dans l'hypocondre droit : de plus, un symptôme nouveau est apparu : la céphalée.

Celle-ci débute le matin, au lever, d'abord très légère s'accroît après le petit déjeuner et diffuse à toute la tête, qui semble à la fois serrée et battante. Des nausées surviennent, qui empêchent l'alimentation de midi mais il n'y a jamais de vomissement.

Le repos étendu et un comprimé d'aspirine calment la céphalée, sinon elle persiste toute la journée et ne se calme que par le sommeil. Le lendemain il ne reste qu'un léger endolorissement de la tête.

Cette céphalée survient tous les deux ou trois jours et s'accompagne de douleur dans l'hypocondre droit,

point continu de la région sous-hépatique exacerbé par les mouvements. Nous notons également une constipation chronique.

La malade a déjà souffert de la tête dans sa jeunesse mais seulement au moment de ses règles, tandis qu'actuellement la céphalée survient entre et pendant les règles, non accrue par celles-ci ; pas de parents migraineux.

*L'examen* révèle un abdomen très souple avec deux points douloureux, l'un au niveau du point de Mac Burney, l'autre dans la région vésiculaire.

Il n'y a pas de fièvre. Les urines sont normales.

Traitement par sulfate de magnésie, à petites doses le matin, arrête la céphalée pendant une huitaine de jours, puis celle-ci reprend malgré le traitement. Nous essayons alors des injections intra-veineuses d'urotropine, qui amènent une sédation totale.

Deux mois plus tard, rechute, avec réapparition des mêmes signes. Une nouvelle série d'injections ne donne aucun résultat.

## Observation VI

*(Personnelle. Consultation du dispensaire)*

Mme R... Catherine, 35 ans. Cholécystite.

La malade vient nous consulter pour des céphalées ayant débutées il y a cinq à six ans.

La céphalée survient par crises. Elle débute le matin, n'étant annoncée par aucun prodrome. Elle est alors unilatérale, soit à gauche, soit à droite, dans la région sus-orbitaire. Le petit déjeuner l'accroît, mais d'elle-même elle s'accroît progressivement dans le courant de la matinée, en même temps qu'elle diffuse de l'autre côté. Elle ne s'accompagne pas de troubles visuels, mais bientôt de nausées et parfois de vomissement. Vomissement rare, puisqu'il n'y en a eu que deux en quatre mois, mais lorsqu'il survient, unique, il est abondant, constitué de liquide vert, épais, visqueux, et ne calme pas la céphalée. Celle-ci persiste en effet toute la journée, s'atténuant parfois dans l'après-midi, mais ne disparaissant généralement que dans la nuit. Le repos étendu, l'aspirine exercent une action sédative, mais temporaire et de courte durée.

Le soir, le sommeil est impérieux, profond, le lendemain le réveil est pénible, les sensations demeurent confuses, mais la céphalée a disparu.

Les crises se renouvellent à intervalles variables, mais depuis ces derniers mois, les crises surviennent tous les deux jours ; elles ne s'accompagnent jamais de troubles digestifs autres que les nausées et les rares vomissements. La constipation est habituelle.

Il semble que les crises soient déclanchées par l'ingestion d'œufs, de bouillon, de vin mousseux ou simplement par une contrariété, une émotion.

Dans son adolescence, la malade ne s'est jamais plaint de la tête et elle ne connaît aucun migraineux dans sa famille.

*L'examen*, se montre absolument négatif, sinon une légère réaction douloureuse à la pression de la région vésiculaire.

Nous pratiquons six injections intra-veineuses d'urotropine, au cours desquelles deux accès n'ont pas abouti, depuis la malade est parfaitement dispose.

### Observation VII

*(Personnelle. Consultation du dispensaire)*

M<sup>lle</sup> L... Fernande, 18 ans.

Il s'agit d'une jeune fille qui, depuis deux ans, se plaint d'épigastralgies et de céphalée.

Le début fut marqué par une crise de coliques hépatiques, fébrile, mais non suivie d'ictère.

Depuis, il persiste des douleurs vagues dans la région épigastrique, apparaissant à n'importe quel moment de la journée et se reproduisant très irrégulièrement, tantôt tous les jours, ou bien après un intervalle de deux ou trois jours. En même temps que ces douleurs, on note une céphalée intense, débutant le matin, s'accroissant dans la matinée, siégeant dans la région frontale ou occipitale et accompagnée de nausées, sans vomissement.

Dans son enfance, la malade n'a jamais souffert de maux de tête et ses parents n'ont jamais présenté de phénomènes analogues.

Il y a trois ans, la malade a fait une crise d'appendicite aiguë, immédiatement opérée, sans complications.

*A l'examen*, nous constatons une forte réaction solaire avec battements épigastriques, une douleur à la pression du creux épigastrique, ainsi qu'à la pression de la région vésiculaire.

Un traitement par l'association sulfate de magnésie et peptone, soulage la malade dont la céphalée disparaît et les douleurs abdominales s'atténuent.

### **Observation VIII**

*(Personnelle. Consultation du dispensaire)*

Mme B... Marguerite 32 ans. — Solarite constitutionnelle chez une hérédo-syphilitique. — Cholé-cystite probable.

La malade vient consulter pour ses douleurs et des céphalées fréquentes.

Depuis dix ans, elle a toujours souffert de l'estomac : digestions difficiles, lentes, pesanteur post-prandiale, épigastralgies. Mais depuis six mois les douleurs ont changé de caractère et la malade accuse presque en permanence un point douloureux continu dans la

région sous-hépatique et un point dans le dos au niveau de la colonne vertébrale. Ses digestions sont toujours lentes et pénibles, et de plus depuis que les douleurs se sont modifiées la céphalée a fait son apparition.

Celle-ci apparaît le matin, au réveil, d'abord unilatérale, puis diffusant par tout le crâne en même temps que son intensité croît. Dès le début des nausées surviennent, puis un vomissement de liquide vert foncé, très épais, qui ne calme pas la céphalée. Cette céphalée dure toute la journée, elle s'atténue le lendemain et disparaît en trois jours. En même temps les douleurs sont plus violentes et la constipation irréductible.

A l'*examen*, on est en présence d'une femme chétive présentant de nombreux stigmates d'hérédos-spécificité. L'abdomen est ballonné, la région épigastrique est sensible et battante, la pression vésiculaire est très douloureuse.

Nous instituons un traitement par les injections d'urotropine.

Huit jours plus tard, la céphalée semble améliorée, mais elle n'a pas cédé totalement ; nous prescrivons du sulfate de magnésie chaque matin.

Nous n'avons plus revu la malade.

### Observation IX

*(Personnelle. Consultation du dispensaire).*

Mme G... Léontine. Appendicite et Cholécystite.

Depuis son adolescence, la malade a toujours eu de mauvaises digestions. La céphalée est fréquente, mais sans caractères spéciaux. Celle-ci prenant à n'importe quel moment de la journée et persistant une à deux heures.

Depuis quelques mois, les troubles digestifs ont augmenté d'intensité : pesanteur post-prandiale, ballonnement du ventre, somnolence, émission de gaz, et la céphalée s'est organisée : elle survient plus volontiers le matin, s'accompagnant de nausées, et persiste la journée, ne disparaissant que dans la soirée.

Dans son enfance, la malade n'a jamais souffert de la tête, mais elle était sujette à de fréquentes crises d'urticaire provoquées par l'ingestion d'œufs ou de poisson. Ses parents ne sont pas migraineux.

La palpation de la région vésiculaire est douloureuse, et il existe une douleur vive au point de Mac Burney.

Nous prescrivons un traitement par ferments lactiques, huile de paraffine et teinture de belladone qui améliore légèrement les troubles digestifs, mais non la céphalée. Une série d'injections d'urotropine

est pratiquée. Les maux de tête sont très atténués, mais les troubles digestifs persistent.

### **Observation X**

*(Personnelle. Consultation du dispensaire)*

Mme F... Mathilde, 31 ans. Cholécystite.

Depuis un an, presque chaque nuit, la malade était éveillée vers trois heures du matin, par une vive douleur, siégeant au creux épigastrique, suivie de coliques expulsives, sans émission de matières, puis après expulsion de gaz, la douleur se calmait et tout rentrait dans l'ordre.

Mais, depuis trois mois, ces troubles ont disparu, par contre un point douloureux est apparu dans l'hypocondre droit, irradiant dans le dos, exacerbé par les mouvements respiratoires. Depuis ce même temps, des crises de céphalée surviennent à intervalles variables.

Cette céphalée débute le matin, mais plus souvent dans la nuit vers cinq heures, éveillant la malade. Généralement unilatérale, elle diffuse par toute la tête dans les heures suivant son apparition. Elle dure de quelques heures à la journée entière, et plus tôt est son début, plus tardive est sa disparition. Des nausées l'accompagnent fréquemment, mais elles n'aboutissent jamais au vomissement.

Cette céphalée paraît être provoquée par l'ingestion d'œufs, mais un régime végétarien strict, tout en atténuant leur intensité n'a pas empêché le renouvellement des crises.

La constipation est toujours au maximum, lors des crises.

Dans son enfance, la malade n'a jamais présenté de céphalée, mais sa mère était sujette à de fréquentes migraines, consécutives à des crises de coliques hépatiques.

*L'examen* nous révélant une douleur à la pression de la région vésiculaire, nous pratiquons une série d'injections d'urotropine. Celles-ci sont suivies d'une sédation immédiate de la céphalée, mais le quatrième jour, une céphalée intense et de très vives douleurs dans l'hypocondre droit, font interrompre le traitement ; nous le reprenons à plus faibles doses, trois jours après ; les injections sont alors très bien supportées et au bout de dix jours, céphalée et douleur ont entièrement disparu.

### **Observation XI**

(*Docteur Jacquet*).

Mme L... B..., 23 ans. Cholécystite-Appendicite ?

Depuis vingt mois, la malade se plaint de céphalée, survenant par crises, à intervalles irréguliers, mais en moyenne une fois par semaine.

La céphalée débute le matin, sans prodromes. C'est d'abord une lourdeur généralisée de la tête accompagnée de sensation amère de la bouche et de petits frissons.

Puis la douleur se précise, siégeant en arrière et au-dessus de l'œil, d'un seul côté. Son intensité croît progressivement, en même temps qu'elle diffuse vers la nuque, où elle prend le type lancinant, mais elle demeure unilatérale.

Des nausées surviennent, de plus en plus pénibles et bientôt un vomissement de bile vert foncé, épaisse et visqueuse, très amère et très abondante. Ce vomissement ne calme pas la céphalée ; au contraire des vertiges et un voile devant la vue obligent la malade à s'aliter. Le repos et la prise d'un comprimé d'aspirine calment temporairement la douleur, qui s'atténue spontanément dans la soirée pour disparaître dans la nuit.

Sans céphalée, il est fréquent à la malade de vomir de la bile, dans le courant de la matinée et de ressentir des douleurs dans la région sous hépatique.

Dans son adolescence, nous relevons des céphalées sans vomissement, survenant au moment des règles, céphalée qui a disparu vers l'âge de 18 ans. Sa mère est migraineuse et est traitée pour une cholécystite.

La malade signalant des pertes vaginales v rtes, un toucher vaginal est pratiqué qui ne révèle aucune lé-

sion de l'appareil génital ; par contre, la palpation de l'abdomen montre une forte réaction solaire et une vive douleur vésiculaire, un autre point algique est trouvé dans la fosse iliaque droite, lié probablement à la cholécystite.

Des injections intra-veineuses d'urotropine (8 grs. en huit jours) amènent la sédation totale de tous les symptômes.

## **Observation XII**

*(Docteur Jacquet)*

Mme D..., 44 ans. Cholécystite.

Depuis un an, crises céphalalgiques durant cinq à six jours, séparées par des périodes de calme de quinze jours.

La céphalée survient sans prodromes, brutalement, à n'importe quel moment de la journée, aussi bien le matin que dans l'après-midi. Localisée, elle siège dans la région occipitale et s'accompagne de vertiges, de nausées et parfois de vomissement, de liquide filant, acide, rejeté en petite quantité. Ce vomissement calme la céphalée ; mais celle-ci cède également au repos étendu, avec prise d'aspirine (deux comprimés sont nécessaires) ; à l'ingestion d'aliments (en particulier à l'ingestion de café très fort), mais dans ce cas la sédation n'est que temporaire. En somme la céphalée

ne persiste jamais plus de deux heures, la malade la faisant cesser elle-même par un des moyens cités plus haut.

Concurremment à cette céphalée, on observe des douleurs siégeant au creux épigastrique, apparaissant avec elle, mais persistant toute la journée.

*L'examen*, montre une très forte réaction solaire et un point douloureux vésiculaire très net.

### Observation XIII

(Docteur Jacquet)

Mme G... Emma 27 ans. Pyloro-duodénite. Cholécystite.

La malade vient consulter pour des digestions pénibles.

Le début remonte à trois ans. Aussitôt après le repas, ballonnement et sensation de pesanteur au creux épigastrique, baillement, éructations.

Depuis six mois, recrudescence de ces troubles et de plus : brûlures d'estomac, sensation de brûlure de l'œsophage, renvois acides, suivis de petites régurgitations alimentaires, sans vomissement vrai. Ces brûlures persistent durant trois heures, puis une sensation de faim douloureuse survient, à ce moment l'ingestion d'aliments fait cesser la douleur. Celle-ci n'est pas constamment située au creux épigastrique, car

elle se localise parfois secondairement en plein milieu du dos.

En même temps, on observe des maux de têtes, qui précèdent généralement les douleurs. Ils débutent le matin, siègent dans la région sus-orbitaire, d'un seul côté, et leur intensité est d'emblée maximum, réalisant une sensation de constriction. Cette céphalée persiste la matinée, elle cède un peu après le repas de midi, mais ne disparaît entièrement que par une nouvelle ingestion d'aliments, en même temps que la douleur.

Dans les antécédents, on ne retrouve jamais de céphalée, ni de troubles digestifs. Il n'y a pas de migraineux dans la famille.

Pas de constipation. Amaigrissement de 2 kg. 500 en deux mois.

En résumé : histoire clinique de duodénite.

*L'examen*, montre une forte réaction solaire et une vésicule non palpable, mais sensible à la pression.

Traitement par sous-nitrate de bismuth et belladone.

Huit jours plus tard, aucune amélioration. Les mêmes signes sont constatés, on pratique alors des injections d'urotropine : à la troisième injection, la malade est grandement soulagée. La thérapeutique est continuée.

### Observation XIV

*(Personnelle. Consultation du dispensaire)*

M. M... Robert, 36 ans. Cholécystite chez un hérédo-syphilitique ?

Depuis l'âge de 22 ans, le malade se plaint de troubles dyspeptiques, qu'il attribue à l'estomac.

Ces douleurs surviennent après le repas de midi, siégeant au creux épigastrique, l'abdomen est ballonné, l'estomac lourd, la somnolence invincible.

Ces troubles se renouvellent ainsi chaque jour, leur durée est variable, de quelques minutes à quelques heures. De nombreuses radiographies furent pratiquées, qui ne révélèrent rien d'anormal.

Depuis quatre ans, l'intensité des douleurs s'est accrue et la céphalée, symptôme ignoré jusqu'ici est apparue. Le mal de tête est quasi-quotidien, il survient deux heures environ après le repas de midi, et siège dans la région frontale, des deux côtés. Son intensité est d'emblée maximum et elle ne s'accompagne que très rarement de nausées, par contre le vomissement est fréquent, constitué de liquide aqueux, très acide, peu abondant, et calmant la céphalée. Sinon celle-ci persiste jusqu'au soir, où elle est calmée par l'ingestion alimentaire.

Dans les antécédents, nous relevons un père migrai-

neux, mais c'était un spécifique, d'ailleurs le malade quoique paraissant indemne et malgré deux B.W. négatifs, a été longuement traité pour hérédo-spécificité.

Aucune affection digestive à signaler en dehors de ces troubles.

Notons que la céphalée paraît plus particulièrement déclanchée par l'ingestion de ragoût, de sauce, de chocolat.

*L'examen* ne révèle qu'un point vésiculaire douloureux.

Un traitement par injections d'urotropine est institué. Son action est remarquable sur la céphalée qui disparaît entièrement, mais les troubles digestifs persistent.

Un examen radioscopique est pratiqué. Hormis une ptose gastro-colique, l'intégrité du tube digestif semble parfaite.

Nous prescrivons de la belladone, mais celle-ci est mal supportée — brûlures de la gorge, sécheresse de la bouche, mydriase — nous reprenons les injections d'urotropine, et ordonnons en même temps des granules de génésérine. Les douleurs sont calmées, mais il persiste quelques troubles — pesanteur, somnolence, — mais la céphalée n'a pas reparu.

### **Observation XV**

*(Personnelle. Consultation du dispensaire)*

M. T... Henri, 37 ans. Cholécystite.

Depuis le mois de juin 1934, le malade se plaint de troubles dyspeptiques légers et de céphalée.

Au début, seule la céphalée apparaît. Elle débute dans la matinée, s'accroît vers midi, après le déjeuner de nombreuses éructations surviennent et paraissent calmer le mal de tête. Il en est ainsi chaque jour, pendant quinze jours.

Puis une douleur apparaît, dans la région sous-hépatique, avec frissons, mais sans fièvre. La céphalée change de caractère. Elle débute maintenant une demi-heure après le repas de midi, siégeant dans la région frontale, bilatérale, mais à prédominance droite et réalisant une sensation de battement, elle dure la journée et ne disparaît que la nuit ; cependant, deux vomissements dans l'après-midi, ont été suivis de sédation complète du mal de tête.

Cette céphalée reparait périodiquement, tous les deux ou trois jours ; lorsqu'elle survient le point hépatique persiste, sans être plus intense. La constipation est habituelle, entrecoupée de débâcles diarrhéiques. Les selles sont parfois pâles, presque décolorées, et la céphalée est plus tenace à ce moment.

Le malade est gros mangeur, depuis longtemps au régime des hépatiques — il fut mis au régime à la suite d'un ictère, ayant duré un mois, il y a onze ans — mais il ne suit ce régime que selon sa fantaisie et a remarqué que les graisses et les sauces lui étaient néfastes.

Il aurait maigri de 6 kg. en quatre mois.

A l'*examen*, nous remarquons une coloration subictérique des conjonctives, la peau est pâle et jaunâtre. La palpation est douloureuse dans la région vésiculaire, celle-ci n'est pas palpable.

Nous instituons un traitement par urotropine (3 comprimés de 0,50 gr. par jour) et sulfate de magnésie chaque matin ; un mieux se manifestant, nous pratiquons des injections intra-veineuses d'urotropine. La céphalée cède totalement en quelques jours, mais la douleur droite persiste.

### **Observation XVI**

*(Personnelle. Consultation du dispensaire)*

M. C... Fernand, 29 ans. Pyloro-duodénite.

Souffre de troubles dyspeptiques depuis sa jeunesse. Mais depuis deux mois aggravation de ces troubles.

Une heure après le repas, le malade est pris de lourdeur stomacale, de somnolence, de baillements, d'éruptions, de nausées, sans vomissements. Mais depuis

deux mois, tous ces signes sont plus accusés, de plus des vertiges et des maux de tête sont apparus. Ceux-ci surviennent avec les troubles digestifs, après le repas, la tête est lourde, douloureuse, le malade est incapable d'effort, tant physique qu'intellectuel. Les nausées sont plus fréquentes et aboutissent à un vomissement de liquide clair, gluant, hyper-acide, irritant les gencives qui calme la céphalée et atténue les manifestations dyspeptiques.

Au début, ces symptômes se groupaient pendant une période de quinze jours, séparée par de longs intervalles, durant lesquels ils étaient presque inexistants, depuis deux mois, ils sont continus.

La palpation montre un point douloureux vésiculaire et une forte réaction solaire. Un examen radioscopique et graphique, ne décèle qu'une légère ptose gastro-colique.

Les alcalins ne donnant qu'une accalmie momentanée, nous considérons ce malade comme un biliaire et associons le sulfate de magnésie à l'urotropine par voie buccale. Le résultat est inespéré, sédation de la céphalée et atténuation des autres signes ; nous poursuivons la même thérapeutique.

### Observation XVII

*(Personnelle. Consultation du dispensaire)*

Mme C... Georgeite, 35 ans. Colite-Cholécystite.

Depuis plus d'un an la malade souffre de douleurs au creux épigastrique. Ces douleurs surviennent après les repas, surtout après celui de midi, et se calment au bout d'une demi-heure, une heure au maximum.

Parfois, elles sont accompagnées de céphalée, caractérisées par une pesanteur épiceranienne, sans nausée, ni vomissement, et disparaissant dans l'après-midi.

Mais depuis quelques jours, elle est devenue beaucoup plus violente, débutant une demi-heure après le repas, d'emblée au maximum ; quelques nausées surviennent, puis un vomissement d'une petite quantité de liquide très acide, sans aliments. Ce vomissement calme immédiatement la céphalée.

En outre, on note une recrudescence des troubles digestifs. Les douleurs au creux épigastrique conservent le même caractère, mais un point douloureux est apparu dans l'hypocondre droit ; douleur continue, persistant jour et nuit, exacerbée par les mouvements et calmée par l'application de compresses chaudes.

Depuis l'aggravation, la constipation est notée ; mais auparavant elle était coupée de débâcles diarrhéiques.

La malade ne s'était jamais plaint de troubles digestifs, ni de céphalée dans son adolescence, et on ne trouve pas de migraineux dans sa famille.

*Examen* : une forte réaction solaire est constatée, avec douleur à la pression du creux épigastrique. De plus il existe un point vésiculaire très net.

### **Observation XVIII**

*(Personnelle)*

M. B... 50 ans. Cholécystite.

Le malade a un vieux passé hépatique. Plusieurs crises de coliques hépatiques, parfois suivies d'ictère, et plusieurs crises de cholécystite lithiasique, traitées médicalement, avec succès.

Mais actuellement, le malade se plaint de digestions pénibles, lentes, avec pesanteur et somnolence post-prandiale. Parfois de la céphalée survient ; elle peut débiter après le repas, mais le plus souvent dans l'après-midi, provoquée par une émotion, une odeur alimentaire ou même à la vue d'une table servie.

Cette céphalée siège dans la région sus-orbitaire, d'un seul côté, d'intensité modérée, mais d'emblée à son maximum ; elle s'accompagne de nausées et d'un vomissement — qui est plus une régurgitation, qu'un véritable vomissement — de liquide acide, clair, rejeté en petite quantité. Ce vomissement est

précédé de crampe de la région épigastrique ; ces crampes disparaissent aussitôt qu'il s'est produit, entraînant avec elles la céphalée.

La fréquence de ces troubles est très variable, mais ils semblent surtout survenir après un écart de régime ; en même temps on note une constipation opiniâtre.

*L'examen* montre uniquement un point douloureux de la région vésiculaire.

Le malade est traité par le sulfate de magnésie (1 gr. 20 chaque matin sous forme de pilules glutinées). Cette thérapeutique calme immédiatement tous les troubles, mais la guérison ne persiste pas, et quelques jours après la cessation du traitement la céphalée et les crampes douloureuses reparaissent.

### Observation XIX

*(Personnelle. Consultation du dispensaire)*

M. N..., 32 ans. Cholécystite-colite.

Le malade vient nous consulter pour de la céphalée.

Celle-ci débute après le repas de midi. D'abord simple pesanteur, elle s'installe progressivement pour aboutir, au bout d'une heure, à une sensation de constriction de la région sus-orbitaire droite ou gauche. Elle ne s'accompagne pas de troubles visuels, mais de nausées, sans vomissement.

Elle persiste avec la même intensité jusqu'au soir—

sauf de rares fois où le repos étendu, la calme en partie.

Lors de ces crises céphalalgiques, qui surviennent environ chaque semaine, le malade ne peut ingérer aucun aliment, par crainte d'un vomissement. Le soir il s'endort d'un sommeil de plomb, pour se réveiller dispos, le lendemain, la céphalée ayant entièrement disparue.

A noter : absence de prodromes,

— aggravation par ingestion de sauces ou de fritures, mais aucun aliment ne déclenche spécifiquement la crise.

Le malade est un constipé chronique, sesselles sont parfois glaireuses, mais jamais teintées de sang.

Le début de cette céphalée remonte à environ six mois. A ce moment, après quelques douleurs dans la région épigastrique et dans l'hypocondre droit, un ictère non fébrile était apparu, avec matières décolorées, urines acajou. Sa durée fut de huit jours. Deux mois plus tard, nouvel ictère de mêmes caractères et de même durée.

Aucun antécédent digestif chez ce malade, pas de parents migraineux.

A l'examen, nous constatons une douleur très violente, provoquée par la pression de la région vésiculaire.

Un examen radioscopique est pratiqué, qui ne révèle

aucune altération du tube digestif ; mais sur la radiographie se décèle une ombre piriforme, attendant au foie, que nous interprétons comme une vésicule.

Traitement par sulfate de magnésie et urotropine. calme la céphalée.

### **Observation XX**

*(Personnelle. Consultation du dispensaire)*

M<sup>lle</sup> X..., 20 ans. Migraine constitutionnelle, dans l'adolescence. Cholécystite actuelle.

Cette jeune fille, se plaint de troubles digestifs accompagnés de céphalée. Vers l'âge de dix ans, la malade avait eu des crises de céphalée. Elle était alors précédée de prodromes : diarrhée, la veille. Dans la nuit le sommeil était très agité, coupé de cauchemars affreux. Et vers quatre heures du matin, réveil par un malaise indéfinissable, lourdeur de tête, bouche amère. Mais ce n'est qu'au matin que les troubles se précisent : douleur cranienne localisée au-dessus et en arrière de l'œil, sensation de constriction, coupée d'élançements douloureux, sans vertiges, ni troubles visuels.

Dès le lever, des nausées apparaissent, rendant toute alimentation impossible. La céphalée s'accroît, les nausées deviennent permanentes et bientôt un vomissement survient, constitué de liquide bilieux, amer, non acide, qui ne calme pas la céphalée.

Toute la journée ces troubles persistent et, le soir, la malade s'endort rapidement, d'un sommeil de plomb. Le lendemain, au réveil, les sensations sont confuses, une extrême lassitude étreint la malade, une lourdeur diffuse, qui se dissipe peu à peu, a fait place à la céphalée.

Ces crises se produisaient généralement chaque semaine, et étaient plus spécialement déclanchées par ingestion d'œufs ou de chocolat. Puis, vers l'âge de quatorze ans, les crises s'espacèrent et finirent par disparaître.

Mais depuis deux ans, reprise de la céphalée. Celle-ci survient généralement le matin, mais souvent aussi dans la journée ; elle n'est plus précédée de prodromes ; par contre, les nausées persistent, ainsi que le vomissement qui maintenant calme la céphalée lorsqu'il se produit.

De plus, des troubles digestifs sont apparus : douleur au creux épigastrique, irradiant à droite et dans le dos.

Depuis un an, les caractères se sont encore modifiés. La céphalée est devenue quotidienne, moins intense, les vomissements sont très rares et les douleurs sont plus une pesanteur, une gêne, qu'une douleur vraie.

*L'examen* montre une très forte réaction solaire, et une douleur dans la région vésiculaire. Un traitement par association de sulfate de magnésie et peptone est institué ; il n'amène aucun changement. Nous le

renforçons d'un régime végétarien, qui lui non plus n'a aucune action. Nous pratiquons alors une injection quotidienne d'urotropine, pendant huit jours. Le succès est complet : tous les troubles disparaissent.

Mais un mois après, la céphalée reparaît, aussi violente qu'auparavant. Nous recommençons les injections, celles-ci ne donnent aucun résultat. Mais une nouvelle série d'injections fait disparaître les troubles. Malheureusement, le succès n'est encore qu'éphémère et au bout de quelques semaines, la céphalée reprend.

### **Observation XXI**

*(Personnelle. Consultation du dispensaire).*

**M. B...** Georges, 34 ans. Ulcus pylorique.

Depuis six ans, le malade se plaint de douleurs épigastriques, survenant par crises, se renouvelant tous les quatre à cinq mois.

Les douleurs débutent généralement après le repas du soir, la nuit, vers onze heures. Elles siègent au creux épigastrique, très intenses, à type de brûlures, évoluant par paroxysme, durant quelques heures. Elles sont accompagnées de nausées, rarement de vomissement spontané, mais celui-ci calme la douleur. En même temps constipation, les selles sont noires, comme du goudron, mais les vomissements n'ont été d'une seule fois teintés de filets de sang.

En plus de ces douleurs nous notons de la céphalée. Celle-ci débute dans la matinée, persiste toute la journée et n'est qu'une simple pesanteur de tête, sans nausées, ni vomissement. Elle apparaît aussi bien en période de douleurs, qu'en période intercalaire ; mais au moment des crises douloureuses elle revêt un autre type : elle est plus violente au moment de la douleur, elle peut d'ailleurs survenir brutalement à ce moment, réalise une sensation de martèlement, sigéeant dans les régions sus-orbitaires droite et gauche. Elle disparaît avec la douleur, ou tout au moins s'atténue, mais elle est toujours chassée par le vomissement, alors que l'ingestion alimentaire, ou la prise de poudres alcalines sont sans effet sur elle. Elle s'accompagne de troubles visuels : points noirs devant les yeux ou brouillard, mais pas de vertiges.

Enfin notons que lors des crises, le malade restreint son alimentation, et qu'il s'en suit un amaigrissement de 4 à 5 kg. chaque fois, mais la reprise de poids est assez rapide dans la période intercalaire.

La palpation réveille un point douloureux au creux épigastrique, mais rien d'autre.

Un traitement par l'urotropine reste sans action. Des paquets de sous-nitrate de bismuth ne donnent pas de meilleurs résultats.

*Un examen* radiologique est pratiqué et révèle une région pylorique douloureuse, présentant un aspect

d'ulcus, avec périgastrite, sans sténose, ni autre trouble d'évacuation.

Nous adressons le malade au chirurgien.

### **Observation XXII**

*(Personnelle)*

M. D... 34 ans. Ulcus gastrique.

Le malade a toujours souffert de l'estomac : troubles dyspeptiques vagues. Mais depuis ces derniers mois, les douleurs sont plus vives et les vomissements plus fréquents.

Les douleurs surviennent une heure et demie après le repas, siègent au creux épigastrique, à gauche de la ligne médiane, et irradiant en broche, dans le dos. Leur intensité est très violente : douleur à type de déchirure, de torsion, mais elle se calme en quelques minutes, pour faire place à une douleur sourde, continue, plus supportable.

Une heure après le début de cette douleur, une céphalée violente s'empare du malade. Elle s'installe brusquement, et d'emblée à son maximum, elle réalise une constriction pénible de la région sus-orbitaire gauche. Des points noirs, un brouillard devant la vue, sont fréquemment remarqués, mais jamais de vertiges.

Enfin, un vomissement survient, non précédé de

nausées. Vomissement facile, sans efforts, contenant quelques débris alimentaires et surtout du liquide aqueux, acide, irritant les dents ; mais ils ne sont jamais noirs et ne contiennent que très rarement des filets de sang rouge — cependant une hématomèse assez violente est survenue il y a deux ans —. Ce vomissement calme chaque fois la céphalée, mais non la douleur, que seul le repos et la chaleur soulagent. Tous ces troubles surviennent par crises, durant de quelques jours à deux semaines, et se produisant tous les deux ou trois mois, parfois deux crises de courte durée ont été notées en un mois.

Le compte rendu de l'examen radiologique signale une image typique d'ulcus de la petite courbure.

Le malade, très amaigri, est confié au chirurgien, mais il succombe peu de temps après l'intervention.

### **Observation XXIII**

*(Personnelle. Consultation du dispensaire)*

Mme C... Marie, 43 ans. Ptose gastrique.

Se plaint de troubles digestifs depuis des années : digestions lentes, laborieuses, douleurs au creux épigastrique, surtout dans la position debout, se calmant par le repos étendu.

Périodes de constipation, durant lesquelles les troubles augmentent d'intensité.

En outre, céphalée frontale, prenant après le repas et disparaissant par le repos. Presque quotidienne, peu intense, elle est beaucoup plus vive pendant les périodes de constipation.

*L'examen* montre un abdomen saillant, une paroi flasque, inerte. La palpation réveille une douleur à l'épigastre. Une radioscopie décèle une gastro-entéropose. Le port d'une ceinture améliore les troubles dont la céphalée.

#### Observation XXIV

*(Personnelle. Consultation du dispensaire)*

Mme C... Blanche, 43 ans. Ptose gastrique.

Douleurs épigastriques apparaissant après le repas de midi, accompagnées de violente céphalée frontale. Tous ces troubles disparaissent dans le décubitus dorsal. Ces troubles surviennent presque quotidiennement, et sont plus marqués après une période de fatigue ou d'amaigrissement.

La palpation ne montre qu'un point douloureux épigastrique.

Un *examen* radioscopique décèle une ptose gastrique très marquée. Nous conseillons le port d'une ceinture.

### **Observation XXV**

*(Personnelle. Consultation du dispensaire)*

Mme M..., 29 ans. Cholécystite gastro-ptose.

Souffre de troubles dyspeptiques depuis l'âge de quatorze ans, surtout marqués lorsque la malade maigrit.

Ces troubles consistent en douleurs épigastriques survenant après les repas et céphalée épicroanienne débutant le matin, s'accroissant après le repas et calmée en partie par le repos étendu.

Alternative de diarrhée et de constipation, cette dernière coïncidant avec une recrudescence des troubles de la céphalée.

La palpation montre une légère réaction solaire et une douleur vésiculaire. D'autre part un examen radioscopique révèle une forte ptose gastrique.

Nous pratiquons une série d'injections d'urotropine, la céphalée est atténuée ; puis la malade reprenant du poids, tous les troubles finissent par s'amender.

### **Observation XXVI**

*(Personnelle)*

Mme T..., 38 ans. Gastro-entéroptose.

Chaque jour, après le repas de midi, la malade est prise de violentes douleurs épigastriques et de cépha-

lée, débutant brutalement, siégeant dans la région pariéto-malaire, sans nausée, ni vomissement. Ces troubles s'atténuent progressivement dans l'après-midi ; mais ils sont toujours calmés par le décubitus dorsal et surtout ventral.

La radioscopie ayant montré une ptose gastro-colique, un bandage fut ordonné, qui a grandement soulagé les douleurs et la céphalée.

---

## ETUDE CLINIQUE

---

Nous signalerons d'abord un fait particulier : Venant consulter pour des troubles digestifs, nos malades ne parlent que très rarement d'eux-mêmes de leur céphalée, et considérant celle-ci comme un symptôme banal, avec lequel ils sont habitués de vivre, ils la passent habituellement sous silence. C'est par un interrogatoire systématique, par un questionnaire précis, que l'on est amené, tant par sa fréquence que par son intensité, à la voir surgir en seconde ligne, après l'élément douloureux, mais avant l'élément nauséeux.

Parmi ces consultants digestifs, s'égarent parfois des migraineux constitutionnels, qui, frappés par leurs troubles dyspeptiques, passent également sous silence leur céphalée. Cependant, le diagnostic de migraine ou de troubles digestifs d'origine migraineuse se fait généralement sans difficulté. Nous dirons même qu'il suffit d'y penser ; en effet, la notion d'hérédité, l'existence de prodromes, parfois irréguliers, mais toujours les mêmes, les causes occasionnelles habituelles : désordres prandiaux horaires, quantitatifs ou quali-

tatifs (surtout le chocolat), le paradoxe fréquent de l'euphorie précédant immédiatement la crise, ou lui succédant ; et surtout l'action particulière du traitement désensibilisant ou du régime, améliorant souvent, mais ne guérissant que rarement ; l'absence de toute affection digestive caractérisée ; tous ces signes, enfin, permettent de se mettre assez facilement d'accord sur le diagnostic de migraine.

Ayant donc éliminés ces quelques malades, nous avons observé la céphalée au cours de diverses lésions digestives ; aussi décrirons-nous les manifestations céphalalgiques chez les vésiculaires, les ulcéreux et les ptosiques.

### I. Céphalée des cholécystites

Nous sommes ici en présence de malades présentant les signes les plus variables tant dans leurs caractères que dans leur intensité.

Les manifestations digestives peuvent se classer en trois groupes.

Le *type douloureux* est certainement le plus fréquent. Il s'agit alors de gastralgies réalisant des sensations de brûlure ou de crampe ; d'autres fois, la douleur est localisée sous le rebord costal droit, les irradiations peu fréquentes se faisant en arrière — point douloureux vertébral — ou vers le haut — sein et épaule droite —

enfin elle peut se généraliser à tout l'abdomen.

En second lieu, nous notons le *type dyspeptique*. Les malades se plaignent alors de troubles vagues : lenteur des digestions, sensation de bouche amère, pesanteur et somnolence post-prandiale ; ces signes paraissant plus spécialement provoqués par l'ingestion de sauces, d'œufs, de chocolat. Notons, par ailleurs, qu'ils sont au maximum à heure fixe, généralement cinq à six heures après le repas.

Enfin, le *type neurotonique*, plus rare, et dans lequel les troubles nerveux et généraux passent au premier plan : asthénie, amaigrissement, psychasthénie.

Quoiqu'il en soit, ces divers troubles sont toujours accompagnés de céphalée, de nausées, exceptionnellement de vomissement, que des caractères spéciaux nous ont permis de classer en deux syndromes. Nous les appellerons : pseudo-migraineux et hyperchlorhydrique.

#### *Syndrome céphalalgique pseudo-migraineux.*

Ce syndrome présente de grandes analogies avec le syndrome migraine. La céphalée débute le matin, n'étant qu'exceptionnellement précédée de prodromes. C'est alors la veille, un malaise général, une boulimie, avec sensation de fringale continue, une débâcle diarrhéique ou bien dans la nuit le sommeil ne peut venir, et quand il survient, il est coupé de cauche-

mars affreux, de frayeurs subites. Mais ces rares prodromes sont très inconstants ; variables d'une crise à une autre, et bien souvent ils précèdent la crise céphalalgique de plusieurs jours, perdant totalement leur valeur d'aura annonciatrice, si spéciale à la crise migraineuse.

Quoiqu'il en soit, le matin le sujet s'éveille, las, fatigué, courbaturé même, sa tête est lourde, serrée. Cependant l'anorexie n'est pas la règle et il semble que le petit déjeuner calmera la céphalée ; mais il n'en est rien. Bien au contraire, elle s'accroît, se localise. Elle siège le plus souvent au-dessus et en arrière de l'œil, pouvant être strictement hémicranienne, mais aussi bilatérale. Elle revêt toujours un caractère restrictif, réalisant un fond douloureux permanent, sur lequel se greffent des accès consistant en un martèlement très pénible, rythmé par les battements artériels aggravé par les mouvements rapides de la tête surtout par la flexion ou l'extension brusque.

Des troubles visuels peuvent apparaître : points noirs devant les yeux, points lumineux — scotome scintillant — ou brouillard gênant la vision rapprochée plus rarement de la diplopie.

La céphalée continue de s'accroître, des nausées l'accompagnent, parfois un vomissement survient (obs. I, VI, VIII, XI). Ce vomissement atténue rarement le mal de tête qui persiste ainsi sans accalmie durant la matinée.

Le malade est parfaitement lucide, mais il se sent de plus en plus las, et n'éprouve aucun attrait pour une occupation quelconque. Le repas de midi, lorsqu'il est possible reste sans action, ou du moins n'augmente que peu la céphalée. Une torpeur envahit le sujet, qui se sent mal à l'aise, lourd, somnolent, le sommeil, comme d'ailleurs le simple repos étendu, atténue légèrement le mal de tête. Puis celle-ci se calme progressivement, l'asthénie disparaît et le soir, le malade est beaucoup plus dispos que le matin. Il éprouve un besoin d'activité, ne tient pas en place; il dîne le plus souvent de bon appétit. Dès qu'il se couche le sommeil est rapide, lourd, profond, et est suivi d'un réveil long et pénible. Puis le sujet sort de sa torpeur, un vague endolorissement de la tête persiste, qui disparaît dans la journée, mais l'asthénie, quoique beaucoup moins forte, n'a pas cédé (obs. II, V, VII, IX, X, XII). Mais, dans la moitié des cas environ, le sommeil d'abord profond, est bientôt agité, le malade s'éveille dans un état nauséux et le lendemain, la céphalée reprend, avec les mêmes caractères que la veille, mais son intensité est moindre. Il en est ainsi pendant deux ou trois jours, rarement davantage, et la céphalée disparaît.

Ce syndrome procède par crises, parfois au nombre de trois ou quatre par mois, parfois plus fréquentes, l'intervalle entre chacune d'elles n'étant que de deux ou

trois jours, et même 24 heures. Ces crises n'ont d'ailleurs pas la netteté que nous semblons leur donner. Les unes sont franches, avec apparition assez brutale du mal de tête, mais la plupart sont estompées, et c'est plus comme un état céphalalgique continu avec phases d'exacerbations que nous devrions le décrire.

Le type que nous présentons est celui d'intensité maximum, et nous avons observé tous les intermédiaires entre ce cas et la plus banale des céphalées, quasi quotidienne, coupée parfois d'épisodes nauséeux, sans vomissement.

Enfin, remarquons que ce syndrome se rencontre surtout chez les femmes, nos observations ne concernent d'ailleurs que des femmes, mais nous en avons également trouvés dans le sexe masculin ; il paraît d'ailleurs dans ce cas beaucoup moins intense, la céphalée est plus continue, mais les vomissements sont plus fréquents. Ceux-ci étant composé de liquide vert-jaune, parfois presque noirâtre, épais, visqueux, souvent très abondant ; de telle sorte que le syndrome se trouve déformé, le malade se présentant plus comme un vomisseur que comme un céphalalgique.

*En résumé*, ce type pseudo-migraineux se caractérise par :

Son mode de début : progressif, le matin.

Son escorte : nausées et accessoirement vomissement, troubles visuels, vertiges.

Son évolution : capricieuse, lente à disparaître.

Enfin, notons qu'au cours des crises, les troubles digestifs sont au maximum.

La constipation est habituelle et opiniâtre.

L'examen clinique montre relativement peu de choses. L'abdomen est souple, et indolore à la palpation. Cependant, au creux épigastrique, de violents battements aortiques, traduisent l'hyperexcitation du plexus solaire ; mais surtout, signe auquel nous attribuons une grande valeur, la pression de la région vésiculaire est douloureuse. Ce signe étant parfois fort discret, nous le rechercherons de la manière suivante : le malade est placé dans le décubitus dorsal, les jambes légèrement fléchies sur la cuisse, et en abduction moyenne, afin de provoquer un relâchement musculaire parfait, puis nous enfonçons un pouce sous le rebord costal, au niveau de son intersection avec le bord externe du muscle grand droit. Souvent, la douleur apparaît dès ce moment, sinon nous prions le malade d'effectuer une inspiration profonde : un arrêt de la respiration et une réaction douloureuse plus ou moins vive traduisent la sensibilité vésiculaire. En somme, nous recherchons le signe de Murphy par la méthode de Glénard.

Cette palpation éveille parfois un réflexe nauséeux

de courte durée, mais nous n'avons jamais perçu la vésicule.

*Syndrome céphalalgique hyperchlorhydrique.*

Ce type se distingue aisément du précédent. Nous l'observons surtout dans le sexe masculin — plus de la moitié des cas —.

Jamais nous ne trouvons de prodromes et le premier signe est la céphalée. Celle-ci survient dans la journée, paraissant surtout se produire après le repas de midi ; dans un petit nombre de cas elle débutait le soir ou dans la fin de l'après-midi. En règle, le mal de tête est brutal, subit, revêtant rarement la forme d'hémicranie et semblant moins franchement localisée que dans le type précédent ; elle siège en effet dans la région frontale, ou temporale, ou même occipitale.

Elle est parfois déclanchée par une excitation soit psychique : contrariété, émotion, ou même à la pensée d'un festin passé ou à venir ; soit sensorielle : odeur de cuisine, ingestion de substances apéritives.

La céphalée ne présente pas le caractère progressif de la précédente ; d'emblée elle est à son acmé, réalisant généralement un type constrictif, sans battements douloureux. Les vertiges, les troubles visuels sont absents ; mais des nausées surviennent fréquemment, puis un ou plusieurs vomissements. Ce vomissement est souvent plus une régurgitation qu'un véri-

table vomissement, et est toujours constitué de liquide hyperacide, clair, filant, irritant fortement les gencives et les dents. Peu abondant, non alimentaire, non bilieux, il calme presque immédiatement la céphalée.

Les troubles digestifs disparaissent à leur tour, et bientôt le malade est parfaitement dispos.

La fréquence de ce syndrome est assez variable et moins encore que dans le ptype pseudo-migraineux, ne paraît procéder par crise. C'est un état de mal chronique, sur lequel des épisodes paroxystiques viennent se greffer.

Les troubles digestifs accompagnant ce syndrome sont, à peu de chose près, analogues à ceux décrits plus haut, mais cependant les douleurs sont plus vives et plus spécialement localisées au creux épigastrique. D'autre part, les sujets se présentent souvent avec un vieux passé hépatique — coliques hépatiques, crises de cholécystite, ictère — que l'examen met en évidence en montrant une teinte subictérique des conjonctives et de la pau, et surtout une douleur vésiculaire des plus nette — notons que la seule pression modérée de la vésicule suffit, dans nombre de cas, à éveiller une douleur persistant plusieurs heures après l'examen —.

*En résumé*, ce syndrome se caractérise par :

Une céphalée quasi-quotidienne, survenant après le repas, calmée par un vomissement.

\* \* \*

Nous avons longuement interrogé ces malades sur leur passé, tant personnel, que familial et héréditaire, tous les renseignements fournis nous ont été inutiles. Jamais nous n'avons relevé d'antécédents migraineux, aucune céphalée dans l'enfance ; sinon dans le sexe féminin, des maux de tête vraisemblablement liés à l'installation des périodes menstruelles. Quelquefois, le malade reconnaissait avoir une mère migraineuse, mais à l'analyse, ces migraines se révélaient n'être qu'une céphalée banale, fugace et sans histoire.

*En résumé*, rien dans les antécédents ne pouvait faire préjuger de la céphalée à venir.

## II. Céphalée des ulcéreux

Au cours de notre travail de consultation nous n'avons observé que deux cas typiques d'ulcère de l'estomac ; les deux malades, outre les signes classiques de cette affection, présentaient une céphalée de caractère assez particulier, que nous allons décrire. Il s'agit là d'un symptôme jamais signalé au cours de cette maladie, sinon par Dieulafoy. Cet auteur déclare l'avoir fréquemment rencontré, quoiqu'il ne soit décrit nulle part ; sa pathogénie en est obscure ; mais ce mal de tête prend une grosse valeur à ses yeux, car

il ne le rencontre qu'au cours de l'ulcère, jamais du cancer ; si bien que ce symptôme si banal devient un des éléments du diagnostic différentiel de ces deux affections.

Il nous est difficile de décrire une forme typique de cette céphalée, fondée sur la lecture de deux observations ; aussi notre ambition est-elle plus de remettre à l'honneur ce symptôme négligé, que d'en donner une description absolue.

Les sujets se présentent à nous avec la classique histoire de l'ulcéreux : douleurs, vomissements, gastrorragies, procédant par crises de deux à trois semaines, et coupées par des intervalles de calme de un à plusieurs mois.

La céphalée est capricieuse, paraissant n'obéir à aucune règle. Dans les inter-crisis, elle est presque quotidienne, survenant le matin, peu violente, engourdisant tout le crâne ; elle ne s'accompagne d'aucun autre trouble, pas de nausées, ni vomissements ni gastralgies. Les repas sont sans influence sur elle, et elle disparaît spontanément dans l'après-midi. Elle peut durer deux ou trois mois, disparaissant subitement, reparaissant de même, sans que le malade en soit autrement incommodé.

Mais alors des crises douloureuses, son caractère est bien différent, se calquant sur le type hypercénorhydrique des vésiculaires. En effet, elle survient

après le repas, très violente au point que le malade se plaint parfois plus de son mal de tête, que de sa gastralgie. Elle peut précéder la douleur épigastrique, mais elle s'accroît toujours après l'apparition de celle-ci.

Réalisant une sensation de constriction continue, sans paroxysmes, elle est toujours calmée par le vomissement, alors que la prise de poudres neutres ou alcalines reste à peu près sans effet.

Elle survient par crises, cédant parfois spontanément, en quelques jours, ou persistant aussi longtemps que les douleurs.

*En résumé* : céphalée banale dans les intervalles de calme, très vive lors des crises, rythmée par les repas, disparaissant par le vomissement ; tels sont ses caractères propres.

### III. Céphalée des ptosiques

Elle survient toujours au moment des crises douloureuses. Elle apparaît irrégulièrement, sans cause apparente.

Son début est toujours tardif, jamais le matin, mais au moment, ou immédiatement après le repas de midi. Tantôt hémicranienne, tantôt diffuse, elle croît progressivement, ou est d'emblée à son maximum.

Des vertiges l'accompagnent souvent, par contre

les troubles visuels, les nausées et les vomissements sont exceptionnels.

Elle paraît plus marquée lors des périodes de constipation, de fatigue, d'amaigrissement.

Enfin elle est toujours calmée par le repos étendu, ou par le port d'une ceinture.

C'est en résumé une céphalée banale, survenant parallèlement aux douleurs, et comme elles, soulagée par le décubitus dorsal ou mieux ventral.

\*  
\* \*

En somme, un syndrome se différencie nettement : syndrome pseudo-migraineux relevant d'affections vésiculaires ; par contre, remarquons que le type hyperchlorhydrique se rencontre également au cours de lésions gastriques, vésiculaires ou pyloro-duodénales ; enfin la céphalée des ptosiques s'individualise par ses caractères propres ; nous n'avons jamais retrouvé à son origine une lésion digestive caractérisée, aussi la classons-nous séparément dans le cadre des syndromes hyper-neurotoniques.

## DIAGNOSTIC

---

Il se présente différemment suivant qu'il s'agit du syndrome pseudo-migraineux ou hyperchlorhydrique.

Comme éléments de diagnostic positif du syndrome pseudo-migraineux, nous retiendrons :

— Le mode d'apparition : le matin, au lever, sans signes prémonitoires.

— L'évolution : céphalée d'intensité croissante, coupée de nausées, rarement de vomissements.

— Le cortège de troubles dyspeptiques : épigastralgie, douleur vésiculaire.

— Le mode de disparition : progressivement, après deux ou trois rémissions, suivies de reprises d'intensité moindre.

— Enfin et surtout, les résultats de l'examen clinique : rien de précis, sinon un point douloureux vésiculaire net et constant.

### *Diagnostic différentiel.*

Nous éliminerons d'abord toutes les céphalées non digestives :

urémique, hystérique, équivalent épileptique, anémique, glandulaire — céphalée ovarienne en particulier —.

Deux cas peuvent prêter à erreur :

— La céphalée syphilitique ; non dans sa forme habituelle, continue et diffuse, à prédominance nocturne, mais au cours de crises gastriques du tabès. Comme caractères différentiels, nous retiendrons : la brutalité du début, la résistance à la thérapeutique, la disparition soudaine, sans persistance ultérieure de troubles digestifs.

— La céphalée accompagnant les vomissements acétonémiques cycliques : l'élément majeur de ce syndrome nous étant fourni par l'acétonurie.

En fait, le problème consiste à isoler notre syndrome des autres céphalées digestives.

Son caractère intermittent le distingue aisément des céphalées continues, d'origine intestinale : entérite, colique, stase — quoique la constipation chronique ne nous semble pas capable, à elle seule, de déclencher la céphalée.

Le diagnostic de stase duodénale ne se pose qu'exceptionnellement et est confirmé par l'examen radiologique.

Nous citerons seulement l'appendicite chronique, les gastrites, quelle qu'en soit la genèse, les ictères.

La dyspepsie nerveuse, d'origine complexe, moins

digestive que nerveuse, survenant chez de petits mentaux, ne peut être confondue.

La grosse difficulté réside dans la différenciation de notre syndrome et de la migraine vraie.

Par migraine, nous entendons une entité nosologique parfaitement définie, caractérisée par :

— Des signes prémonitoires, véritable aura, survenant la veille ou l'avant-veille, sous forme de troubles divers : fatigue, atonie, lourdeur stomacale, etc.

— Un début progressif, après une nuit d'incubation.

— Les caractères de la céphalée : hémicranie d'intensité croissante, diffusant lentement, et bientôt accompagnée de nausées, de vomissements, ne calmant pas le mal de tête.

— La durée de la crise : 24 heures, rarement davantage. Terminaison qui n'est complète qu'après une nuit de repos, et la reprise de l'alimentation.

— L'absence totale de tout signe en dehors des crises.

— Et surtout la date d'apparition du syndrome : toujours dans l'enfance ou dans l'adolescence.

Ayant ainsi défini la migraine, nous voyons que notre syndrome s'en distingue par :

— L'absence de prodromes.

— L'absence de crises nettes, et leur évolution anormalement prolongée.

— La persistance de troubles dyspeptiques en dehors des crises céphalalgiques.

— La date d'installation du syndrome : toujours à l'âge adulte, mais jamais dans l'adolescence ou l'enfance.

D'ailleurs, si nous étudions les observations de M. Tiprez, nous remarquons qu'il est impossible d'intégrer sa description dans le cadre de la migraine. Dans la première observation, l'auteur signale qu'il ne s'agit pas de migraine à proprement parler, mais de maux de tête fréquents ; dans sa dernière observation, le nom de céphalée n'est pas même prononcé, et nous avons peine à croire, qu'une migraine soit uniquement caractérisée par des vomissements fréquents, des vertiges, et des troubles dyspeptiques.

C'est probablement à cette confusion de deux syndromes voisins que sont dus les échecs du tubage duodénal thérapeutique. C'est ainsi que M. Blamoutier constate 1/3 des cas non améliorés, chez des malades ne vomissant pas, et surtout n'ayant pas de point vésiculaire douloureux.

L'identité de notre syndrome ne fait aucun doute, et une analyse minutieuse des caractères de la céphalée suffit seule pour le différencier de la migraine.



Notre syndrome hyperchlorhydrique est de diagnostic plus aisé. Les éléments du diagnostic positif sont :

— Le mode de début : brutal, en même temps que la douleur épigastrique.

— L'évolution : continue, l'intensité de la céphalée étant d'emblée maximum.

— Le mode de disparition : rapide, provoqué par le vomissement.

Remarquons qu'un syndrome identique se retrouve au cours d'états pathologiques différents : cholécystite, ulcus et ptose gastrique.

Le diagnostic différentiel se pose à peine et se trouve établi par celui de l'affection originelle.

Dans le cadre de notre étude, il se ramène donc au diagnostic d'ulcère gastrique, de gastropiose ou de cholécystite.

---

## ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

---

L'étiologie est évidente pour la céphalée observée lors des gastro-ptoses et de l'ulcus gastrique. Le parallélisme existant entre les crises douloureuses et la céphalée nous conduit à leur attribuer une origine commune, à savoir : l'ulcération ou la ptose gastrique.

Le problème se pose uniquement pour les céphalées vésiculaires. Mais sa solution nous est grandement facilitée par les travaux de MM. Chiray et Triboulet, sur l'atonie vésiculaire; et plus récemment par M. Tiprez, de Lille.

Nous assimilons, en effet, notre syndrome pseudo-migraineux à la migraine vésiculaire décrite par cet auteur. Cependant, si des analogies multiples sont révélées, une divergence semble exister à propos des vomissements.

M. Tiprez observe des malades, dont l'histoire est plus celle d'un gastralgique que d'un migraineux. Chez tous ces malades, l'auteur remarque des vomissements biliaires abondants; et fait particulier, ce vomissement exerce une action sédative sur le mal de tête.

Au contraire chez nos sujets, nous n'observons que

très rarement le vomissement et lorsqu'il existe il demeure sans effet sur la céphalée.

Cette divergence, comme nous allons le voir, est plus apparente que réelle. En effet, M. Tiprez étudie le syndrome cholécystatonie type ; et grâce à la radiologie, il semble que la ptose vésiculaire, consécutive à la stase biliaire, soit à l'origine de la céphalée. Il est évident que la disparition de cette ptose soit suivie d'une sédation de tous les signes, — de la céphalée en particulier —. Cette ptose ne peut céder que par une chasse biliaire spontanée ou provoquée, et cliniquement cette vidange énergique se traduira par un abondant vomissement bilieux.

Au contraire, nos sujets ne sont pas à proprement parler des malades. Certes, ils se plaignent tous de troubles dyspeptiques, mais ceux-ci demeurent à l'arrière plan, devant l'importance de la céphalalgie. Il nous paraît juste d'incriminer la cholécystatonie, à l'origine de ces troubles. Mais une atonie moins intense, qui serait plus une paresse biliaire qu'une atonie vraie. Nous concevons alors la moindre netteté des crises, l'absence de vomissements et surtout l'absence de chasse biliaire énergique et, par suite, la persistance de la céphalée.

D'ailleurs, nous ne saurions incriminer d'autre lésion du cholécyste à l'origine de ces troubles. Jamais nous n'avons trouvé de passé hépatique, pas plus

que nous ne trouvons d'infection biliaire, du moins cliniquement.

\* \* \*

Il semble en être indifféremment pour notre syndrome céphalalgique hyperacide. Son étiologie paraît également relever de l'atonie vésiculaire, mais avec une chose en plus : l'infection du cholécyste. En effet, chez tous nos malades, nous trouvons un passé hépatique — colique hépatique fébrile, ictère infectieux, cholécystite simple ou lithiasique —. Et il est probable qu'une réaction de voisinage — péri-duodénite ou péri-gastrite — est responsable de la symptomatologie d'emprunt observée.

\* \* \*

Notre thérapeutique fut généralement fort simple. Nous n'avons pas utilisé le tubage duodénal, car ce traitement, trop pénible est difficilement accepté par les malades.

Force nous fut donc faite d'employer des moyens plus doux.

Le sulfate de magnésie, nous donna quelques résultats ; mais, nous pensons avec M. Chiray, que le peu d'efficacité de ce produit est dû à son mode d'introduction. Le sulfate de magnésie ingéré, ne passe qu'en

trop petites fractions au niveau du duodénum, et par suite est incapable de provoquer une chasse biliaire suffisamment énergique, tout en demeurant non brutale.

Nous avons alors essayé l'urotropine, espérant réaliser une antisepsie des voies biliaires. Les résultats furent d'abord décevants.

Mais utilisant la voie endo-veineuse, à l'aide de doses importantes, les résultats furent très favorables. Nous employons la technique suivante :

chaque jour, nous pratiquons une injection intra-veineuse de 1 gr. à 1 gr. 20 d'urotropine, en solution, à 0,25 %, jusqu'à concurrence de 12 gr.

Dès la troisième injection la céphalée disparaît, puis une violente crise douloureuse avec recrudescence du mal de tête survient ; mais elle s'atténue progressivement et la guérison est obtenue vers le quinzième jour. Cependant quelques troubles — pesanteur, somnolence post-prandiale — persistent, sans que nous puissions en expliquer la raison. Nous n'avons observé qu'un seul cas d'intolérance —, des signes de cystite hématuriques firent suspendre le traitement.

Nous croyons que cette thérapeutique n'a pas agi dans le sens que nous espérions. L'antisepsie biliaire est assez aisément réalisée avec des doses moitié moindre, et nous inclinons à penser que l'urotropine

s'éliminant par la voie biliaire provoque une irritation de l'épithélium vésiculaire, irritation favorisée et entretenue par la stase. D'ailleurs, cette action est bien connue sur l'épithélium rénal et vésical. Cette irritation provoquerait la contraction du cholécystite ; ainsi se trouverait réalisé un drainage indirect de la vésicule. Nous ne donnons qu'une hypothèse, mais elle explique les réactions observées, aussi la tenons-nous pour vraisemblable.

\* \* \*

La pathogénie de la céphalée demeure la partie la plus obscure. Cependant, les explications ne manquent pas. Névralgie du trijumeau de Pinel et Chaussier, Tissot et Lebert, Romberg. Excitation méningée de Lasègue. Excitation du sympathique cervical de Dubois Reymond (migraine blanche). Paralysie vasomotrice de Mollendorf (migraine congestive). Théorie mixte de Jaccoud, musculaire de G. Sée, et récemment théorie hypophysaire de MM. Zoudela et Asheim. Cette brève énumération montre la diversité des opinions, aucune n'étant capable de tout expliquer.

Nous croyons que ce problème comporte trois points :

a) L'étiologie digestive étant admise, il importe d'abord de préciser le mécanisme par lequel une affection digestive va déterminer l'apparition de céphalée.

b) Ce point étant acquis, il reste à élucider la physiopathologie propre de la céphalée.

c) Ayant alors les deux extrémités de la chaîne, il ne suffit plus que de chercher la voie parcourue par l'excitation périphérique.

Nous ne prétendons pas éclaircir totalement ce problème, et nous ne pouvons que nous cantonner dans le domaine de l'hypothèse. Cependant, nous pensons que tout dépend du sympathique.

La lésion digestive produit une excitation des filets du sympathique solaire — excitation traduite cliniquement par de violents battements à l'épigastre —, un vaso-constriction de certaines zones vasculaires cérébrales s'en suit. Nous reprenons donc l'explication de Dubois Reymond, la céphalée est déterminée par l'angio-spasme.

En somme, le plus probable, c'est qu'il s'agit d'un déséquilibre du système neuro-végétatif, provoqué par une cause connue ou non, mais certainement digestive ; ce déséquilibre étant comme toujours à la base de symptômes locaux (troubles dyspeptiques, céphalée) et de troubles généraux (asthénie).

---

## CONCLUSIONS

---

Indépendamment de la migraine constitutionnelle, survenant en liaison avec des troubles dyspeptiques, et généralement améliorée par les cholagogues non irritants (peptones, sulfate de magnésie), les céphalées dyspeptiques revêtent plusieurs types.

### **Type pseudo-migraineux :**

Caractérisé par :

— Une céphalée naissant le matin, d'intensité progressivement croissante,

— souvent accompagnée de vertiges et de troubles visuels,

— toujours accompagnée de troubles digestifs : épigastralgies ou point douloureux sous-hépatique, nausées, mais exceptionnellement vomissement.

— Ce syndrome survient par crises, durant deux ou trois jours, au cours desquelles les signes dyspeptiques sont au maximum, la constipation opiniâtre.

— Enfin, il ne s'observe que chez l'adulte, plus spécialement du sexe féminin. On ne l'observe jamais dans l'adolescence, et nulle hérédité n'y prédispose.

— L'examen révèle toujours une réaction solaire vive et une douleur à la palpation.

D'ailleurs sa curabilité, par les substances drainant la vésicule, suffirait à elle seule à l'opposer au syndrome migraine constitutionnelle.

**Type hyper-chlorhydrique :**

Caractérisé par :

— Une céphalée à début brusque,  
— accompagnée de recrudescence des troubles digestifs,

— toujours calmée par un vomissement ou une régurgitation de liquide clair, très acide, peu abondant, non alimentaire, ni bilieux.

Ce syndrome s'observe au cours d'affections diverses : pyloro-duodénites, ulcus, cholécystites, péri-cholécystites, elongations pyloro-duodénales.

**Type hyper-neurotonique :**

Analogue au précédent, sinon que les vomissements sont absents : la céphalée étant calmée par le décubitus dorsal. Ce type relevant plus spécialement d'une gastro-entéropose à l'exclusion de toute autre lésion digestive.

La pathogénie de ces divers syndromes n'est encore qu'imparfaitement connue, cependant la constance de la solarité, la fréquence des troubles neurotoniques, nous incite à considérer le système sympathique comme responsable de la céphalée.

*Vu : le Doyen,*  
ROUSSY

*Vu : le Président de thèse,*  
CARNOT.

*Vu et permis d'imprimer :*  
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
S. CHARLETY.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Auerbach (S.).** — *Le mal de tête. Ses différentes formes*, Paris, 1913.
- Bignon.** — *Dyspepsie appendiculaire*, thèse, Bordeaux, 1909.
- Boyer.** — *Céphalée et intoxication*, thèse, Bordeaux, 1900.
- Brugelmann.** — « Uber hemicrania gastrica », *Berl. klin. Wchnschr.*, 1883, (p. 279-282).
- Brochin.** — « La migraine ophtalmique », *Gaz. des Hop.* 1878, p. 242-245.
- Calabrese.** — « Esiste una cefalea ab ingestis », *Riforma Med.*, 6 mai 1933, p. 691-693.
- Chaumier.** — *Essai sur le mal de tête*, thèse, Lyon, 1888.
- Chiray et Triboulet.** — « La stase cholécystique dans certains états migraineux, qui guérissent par le drainage médical biliaire », *Presse Médicale*, 11 mars 1925.
- Coutaret.** — *Dyspepsie et catarrhe gastrique*, Edition 1890.
- Disburry.** — in *Progrès Medical*, 2 octobre 1920, p. 429.
- Edinger.** — « Von den Kopfschmerzen und der migräne », *Deutsche Klinik*. Bd. VII, 1901.
- Fajole.** — « Migraine, Nature, Traitement », *Union médicale de la Gironde*, 1868, p. 425-478-527.
- Forman (J.).** — *Chronic recurring headaches from view-point of gastroenterologist*, Ohio State, feb. 1928, p. 115-121.

- Freidemwald (J.) et Marrisson (J.T.).** — « Headaches associated with digestive tracts, » *Med. Journ. and rec.*, 20 july, 1932, p. 45-49.
- Galliard.** — « Traitement de la céphalée par le calomel », *Gaz. elld. de Méd. de Paris*, 1896, t. I<sup>er</sup>, p. 336-341 et 590-594.
- Girard.** — « Du mal de tête », *Marseille Médical*, 1884, p. 336-590.
- Hache.** — « Migraine Héréditaire », *Union méd. de Paris*, 1877, p. 525.
- Jaccoud.** — *Pathologie interne*, 6<sup>e</sup> Edition, 1879, t. I<sup>er</sup>, p. 559.
- Kaete Kehr.** — « Zur Historischen Entwicklung der Lehre vom Kopfschmerz », *Friburg Med.*, 1905, p. 988.
- Khorosko (V.K.).** — « Specific headache associated with decrease of gastric secretions », *Klin. med.*, 1930 n° 15-16, p. 918-919.
- Lasegue.** — « Du mal de tête », *Etudes médicales*, Paris, 1884, p. 796-806.
- « Migraine », *Arch. gen. de méd. de Paris*, 1873, p. 580-597.
- Lemoine.** — « Physiologie pathologique de la céphalée », *Gaz. Med. de Paris*, 1889, p. 49-64.
- Leven.** — « La migraine dyspeptique », *Soc. de Thérapeutique*, 12 févr. 1913.
- Loeper.** — *Leçons de pathologie digestive*, III<sup>e</sup> série, p. 128.
- Meunier (L.).** — *Dyspepsie*, édit. 1883.
- Nast (A.).** — *La migraine, la peptonothérapie pré-prandiale*, Thèse, Paris, 1921.

**Nicolas (J.) et Rousset (J.).** — « Contributions à l'étude du diagnostic des céphalées chez les syphilitiques. Céphalées dyspeptiques et céphalées syphilitiques », *Journ. méd. de Lyon*, n° 345, 20 mai 1934.

**Norstrom (G.).** — *Céphalalgie et massage*, Paris, édition 1890.

**Pernet (J.).** — « Les céphalées liées à des troubles de l'appareil digestif », *L'Hôpital*, n° 330, mars 1933, p. 173 à 175).

**Robin.** — « Céphalée d'origine gastrique », *Rev. Int. de méd. et chir. de Paris*, 1914, p. 1 à 4.

**See (G.).** — *Dyspepsie*, édit. 1883.

**Surmont (H.).** — « Les migraines d'origine digestive », *Echo méd. du Nord ; Rev. gén. de méd. et chir.*, 1<sup>er</sup> févr. 1930, n° 97, p. 205.

*Traitement de la Migraine*, dans *Paris Médical*, 1875, p. 292.

**Trousseau.** — in *Clinique médicale de l'Hôtel Dieu*, Baillière, 9<sup>e</sup> édit. 1898, t. II, p. 484-485 et t. III, p. 364.

**Windscheid (F.).** — *Die diagnose und therapie des Kopfschmerzes*, Halle, 1909.

**Vermel.** — *Les céphalées (caractère, classification, traitement)*, Moscou, Léninegrad, 1927.

---

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                         |    |
|-----------------------------------------|----|
| <b>I. Introduction</b> .....            | 11 |
| <b>II. Historique</b> .....             | 13 |
| a) Période ancienne .....               | 13 |
| b) Période contemporaine .....          | 18 |
| <b>III. Observations</b> .....          | 26 |
| <b>IV. Etude clinique</b> .....         | 65 |
| a) Céphalée des cholécystites .....     | 66 |
| b) Céphalée des ulcéreux .....          | 74 |
| c) Céphalée des ptosiques .....         | 76 |
| <b>V. Diagnostic</b> .....              | 78 |
| <b>VI. Etiologie — Pathogénie</b> ..... | 83 |
| <b>VII. Conclusion</b> .....            | 89 |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....              | 91 |

— 1 —







